This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TRAVAUX PRATIQUES

D'OBSTÉTRIQUE

ET DE

16712

GYNÉCOLOGIE

RECUEILLIS PAR LE

Dr LUTAUD

Médecin-Adjoint de Saint-Lazare,
Membre fondateur de la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

FANCOURT BARNES (de Londres), CORDÈS (de Genève)
BOSSI (de Gênes.)

PARIS

MALOINE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

PRINCIPAUX TRAVAUX CONTENUS DANS CE VOLUME

(Voir la table alphabétique à la fin du volume)

Gynécologie.

De certaines indications thérapeutiques dans le traitement des métrites, par le Dr VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare..... 1

Indications thérapeutiques tirées de l'étude de la métrite. — Points de technique gynécologique, par le Dr René BELIN..... 7

Diagnostic différentiel de l'appendicite, par M. DOLÉRIS... 10

Du traitement des métrites et particulièrement de l'endométrite cervicale blennorrhagique par les applications locales d'essence de Wintergreen, par M. le Dr F. JOUIN..... 31

Sur une modification au pessaire de Hodge dans les rétroversions compliquées de latéroversion, par M. BATUAUD..... 40

Note sur le traitement des métrites par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse, et sur l'emploi des vapeurs de brome, par le Dr BOISSEAU DU ROCHER..... 42

Traitement des métrites, par le Dr VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare..... 61

Troubles de l'instauration menstruelle et de la ménopause et leur traitement, par le Dr AUVARD, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis..... 66

Métrorragie et mariage, par le Dr Ad. OLIVIER..... 72

Du traitement des métrites, par le docteur Louis BEURNIER..... 89

Incontinence d'urine, premier symptôme d'un kyste de l'ovaire. (Dr Henri PICARD)..... 89

Action physiologique du massage de l'abdomen, ses indications en thérapeutique et en gynécologie, par le Dr CAUTRU, ancien interne des hôpitaux de Paris..... 98

Le traitement du cancer utérin au début, par le prof. LAROYENNE, de Lyon..... 117

Hôtel-Dieu de Paris : M. le prof. Duplay. Traitement des tumeurs malignes du sein..... 120

Prostitution et syphilis, par le Dr F. VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare..... 122

Traitement des métrites, par M. le Dr Paul REYNIER..... 145

Un cas d'utérus bipartitus ayant donné l'illusion d'une perforation, au cours d'un curettage, par M. R. BLONDEL..... 149

Deux cas de syphilome des ovaires. Hémorrhagies incoercibles n'ayant cédé, dans l'un des cas, qu'au traitement spécifique, par M. OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare..... 153

Kystes wolffiens de la vulve, par R. PICHEVIN et Léon WEBER..... 175

De l'action antiseptique des eaux thermales naturelles hydro-sulfurées (acide sulfureux à l'état naissant) sur les muqueuses en gynécologie, par M. le Dr M. ODIN, médecin à Saint-Honoré.... 183

Ventouse mammaire, par le Dr DUMAS, de Lédignan..... 188

Syphilome mammaire, très probablement héréditaire, chez une vierge âgée de 33 ans. Première manifestation tardive, par M. OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare..... 238

Résultats de l'extirpation vaginale de l'utérus cancéreux par le procédé de Mackenrodt, c'est-à-dire à l'aide du thermocautère..... 242

Anomalie du système génital. Absence d'utérus et d'ovaires. Vagin insuffisant. Dilatation avec un appareil en caoutchouc. Présentation de l'appareil par M. JOUIN..... 263

La laparotomie dans certains cas de rétroposition pathologique de l'utérus pendant la grossesse, par M. le professeur JACOBS..... 269

Convulsions du nouveau-né provoquées par l'alcoolisme de la nourrice, par le Dr Henri MEUNIER, chef du laboratoire à l'hospice des Enfants-Assistés..... 274

Psychoses systématisées chez la femme, à la suite d'opérations pratiquées sur l'appareil génital, par le Dr DOLÉ-

RIS, accoucheur des hôpitaux 283
La colite muco-membraneuse chez la femme, par le Dr REBOUD 297
Traitement des végétations des organes génitaux par la résorcine..... 303

Obstétrique.

Pronostic du prurit généralisé dans la grossesse, par M. le Prof. PINARD..... 49
Les injections rectales d'eau salée contre l'hémorrhagie de la délivrance, par le Dr FIEUX..... 50
Traitement de la rigidité, dite spasmodique du col, par la rupture des membranes, par le Dr FIEUX..... 51
Sur un nouveau perce-membranes 77
Avantages comparatifs de l'acide phénique et du sublimé dans la pratique obstétricale, par le Dr DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux..... 78
Traitement des affections cardiaques dans la grossesse.. 100
La pratique des opérations obstétricales par les sages-femmes..... 104
Du vagissement intra-utérin et de la première inspiration 106
Examen gynécologique et traitement prolongé des accouchées, par M. DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux.. 133
L'exploration externe et le toucher en obstétrique..... 136
Note sur une grossesse extra-utérine remontant à 24 ans et dont l'expulsion s'est faite par l'intestin. Deux grossesses à terme postérieures à cette conception, par M. G. LEMONNIER..... 158
Anévrysme entre l'aorte et l'artère pulmonaire consécutif à une endocardite infectieuse résultant d'un avortement, par M. J. MASBRENIER 159
Cas rare de complication de l'accouchement par un kyste dermoïde, par M. le Dr TREUB, d'Amsterdam..... 173
Déformations de la tête fœtale et absence de ballottement céphalique dans un cas de présentation du siège avec oligo-amnios..... 230
L'embryotomie rachidienne, par le Dr TISSIER..... 230
Rétention d'un placenta abortif pendant 101 heures sans accidents. Antisepsie. Injections intra-utérines chaudes au permanganate de potasse. Administration du sulfate de quinine. Expulsion spontanée des annexes. Suites normales, par le Dr LOVIOT..... 232
Contre-indications de l'allaitement maternel, par le Dr DEMELIN, accoucheur des hôpitaux de Paris..... 234
Grossesse extra-utérine tubo-abdominale. Laparotomie ; extraction du fœtus et du placenta indépendant. Guérison, par le Dr DOLÉRIS.... 249
Cinq bassins rétrécis transversalement (sans ankylose) chez les femmes rachitiques, par le Dr FOURNIER (d'Amiens)..... 254
Inversion des organes thoraciques et abdominaux chez un enfant mort au troisième jour et ayant présenté des accès de cyanose, par M. MASBRENIER..... 259
Physiologie de l'utérus humain, par le Dr KEIFFER.... 304
Traitement des crevasses du mamelon, par le Dr MAYGRIER, accoucheur des hôpitaux..... 308

Pédiatrie.

Etiologie et traitement de la chorée, par le Dr MARFAN... 52
De l'arythmie du cœur chez les enfants..... 53
Traitement de la dilatation des bronches chez les enfants, par le Dr SOTIROFF.. . 83
Le phimosis. — La circoncision rituelle, par le Dr BIENFAIT 161
La diphtérie et la sérumthérapie, par le Dr VARIOT.. 165
Traitement de la blennorrhagie des enfants, par Jules JANET 193
Traitement de l'excitation cérébrale chez les enfants.... 195
Traitement des cardiopathies infantiles, par le Dr Edouard WEILL, médecin des hôpitaux de Lyon..... 243

Vol. 14. - N° 1. — Janvier 1898 — Rédaction : 47, Bd Haussmann, Paris. — Ab. 6 fr. par an.

CATALOGUED JUN 19 1903

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

FANCOURT BARNES
Médecin en chef de la Maternité de Londres.

CORDES, de Genève
Membre de la Société Obstétricale de France.

BOSSI
Professeur de Gynécologie à l'Université de Gênes.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 10 1903

RÉDACTEUR EN CHEF :
A. LUTAUD
MÉDECIN-ADJOINT DE SAINT-LAZARE, MEMBRE FONDATEUR DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

SOMMAIRE :

Gynécologie :

De certaines indications thérapeutiques dans le traitement des métrites, par le Dr F. VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare. — Indications thérapeutiques tirées de l'étude de la métrite. — Points de technique gynécologique, par le Dr René BELIN. — Diagnostic différentiel de l'appendicite, par M. DOLÉRIS.

Thérapeutique :

La blennorrhagie et son traitement chez les femmes non enceintes. (M. ETTORE TRUZZI) — Résultats des lavages au permanganate de potasse dans 83 urétrites à gonocoques. (M. E. VIGNERON, de Marseille.) — *Société obstétricale et gynécologique de Paris* : A propos d'un cas de galactophorite double généralisée. — Avantages comparatifs de l'acide phénique et du sublimé dans la pratique obstétricale (glycophénique et sublimé).

Pédiatrie :

L'antipyrine dans la lactation. — La lithiase rénale de la première enfance. — Nouvelle canule vaginale à double courant.

Formulaire :

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Variétés :

Souvenirs d'un praticien. La gynécologie et la religion. (Dr MINIME.)

VIN DE BUGEAUD
TONI NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

On s'abonne à la librairie VIGOT, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

PILULES DE CASCARA MIDY

Recommandées par les Sommités médicales contre la

Constipation Habituelle

Elles ne donnent ni Coliques, ni Nausées, ni Diarrhée, ***car elles sont à base d'Extrait de Cascara préparé par notre*** **PROCÉDÉ SPÉCIAL** ***qui le prive de l'Huile essentielle*** (PRINCIPE ACRE) ***et des Résines*** (PRINCIPE DRASTIQUE.)

2 à 3 Pilules le soir en se couchant.

Pharmacie MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, ET TOUTES LES PHARMACIES.

PROPRIÉTÉ DE L'ETAT FRANÇAIS

VICHY

Administr., 24, Bd. des Capucines, PARIS

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY-CÉLESTINS

Goutte—Gravelle—Diabète—Reins—Vessie

VICHY-HOPITAL

Maladies de l'estomac et des intestins

VICHY GRANDE-GRILLE

Maladies du foie et de l'appareil biliaire

AVOIR TOUJOURS SOIN DE DÉSIGNER LA SOURCE

EAU PURGATIVE NATURELLE

"APENTA"

PAR EXCELLENCE

MISE EN BOUTEILLES AUX SOURCES. BUDA PEST. HONGRIE.

SAVONS MÉDICINAUX A. MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 3, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la dour.

SAVON *Phéniqué*... à 5 °/o de A. MOLLARD 12f
SAVON *Boraté*..... à 10 °/o de A. MOLLARD 12f
SAVON au *Thymol*.. à 5 °/o de A. MOLLARD 12f
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 °/o de A. MOLLARD 24f
SAVON *Boriqué*.... à 5 °/o de A. MOLLARD 12f
SAVON au *Salol*..... à 5 °/o de A. MOLLARD 18f
SAVON au *Sublimé* à 1 °/o ou 10 °/o de A. MOLLARD 18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10 °/o). . de A. MOLLARD 24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de A. MOLLARD 12f ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège de A. MOLLARD 12f
SAVON *Glycérine*..... de A. MOLLARD 12f

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 25 °/o à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

Chemin de fer du Nord.

3 *Novembre* 1897

Services directs entre Paris et Bruxelles

Trajet en 5 heures.

Départs de Paris à 8 h. 20 du matin, midi 45, 3 h. 50, 6 h. 20 et 11 h. du soir.

Départs de Bruxelles à 8 h. et 8 h. 57 du matin, 1 h. et 6 h. 4 du soir et minuit 15.

Wagon-salon et wagon-restaurant aux trains partant de Paris à 6 h. 20 du soir et de Bruxelles à 8 h. du matin.

Wagon-salon-restaurant aux trains partant de Paris à 8 h. 20 du matin et de Bruxelles à 6 h. 4 du soir.

TRAITEMENT METHODIQUE de la

TUBERCULOSE et des Affections des **VOIES RESPIRATOIRES**

PAR LES

CAPSULES CHIRON

à l'ICHTHYOL

*C'est avec ces Capsules qu'ont été effectuées les expériences cliniques ayant démontré la valeur incontestable de l'***ICHTHYOL** *dans le traitement de la* **TUBERCULOSE**, *de l'***ASTHME**, *de la* **BRONCHITE**, *du* **CATARRHE** *et de toutes les* **AFFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES** *aiguës et chroniques.*

Les ***CAPSULES CHIRON*** détruisent le bacille de Koch et décongestionnent les bronches.

DOSE : 4 à 8 CAPSULES PAR JOUR.

Pharmacie CHIRON, 1bis, Rue du Havre et toutes Pharmacies.

TON MEDIC
DEC 24 1912
LIBRARY

GYNÉCOLOGIE

DE CERTAINES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES MÉTRITES.

Par le Dr F. Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

Il est une notion dont il faut être convaincu dès l'abord dès que l'on veut parler de la thérapeutique des métrites, et l'oubli de cette notion est l'origine même des discussions qui se sont élevées au sujet de cette thérapeutique. On a multiplié à plaisir les variétés de métrites que l'on a rencontrées : les uns faisant intervenir la diathèse, le tempérament des malades qui en sont atteintes, créant ainsi des métrites arthritiques, scrofuleuses, lymphatiques, etc.; les autres, considérant la lésion de l'utérus lui-même, établissaient diverses distinctions suivant le volume de l'utérus malade, les modifications subies par la muqueuse, épaississement, destruction, ulcérations, fongosités ; d'autres voyaient dans une localisation utérine une raison de classification et distinguaient la métrite du col de la métrite du corps ; enfin, les symptômes eux-mêmes présentés par la métrite devenaient des éléments de division et on décrivait une métrite hémorrhagique, une métrite purulente, catarrhale, etc.

Au point de vue thérapeutique, le seul que je veuille étudier, la métrite est une. Elle est le résultat d'une infection de l'endométrium. Cette infection pourra elle-même être due à des éléments infectieux différents: gonocoques, streptocoques, staphylocoques, etc. ; il me faudrait incriminer toute la faune bactérienne, mais cette notion n'en reste pas moins constante, la métrite est une infection. Or cette infection pourra revêtir différents aspects suivant la nature du microbe qui s'est inoculé, l'utérus pourra réagir différemment suivant l'intensité de l'infection et suivant ses défenses contre l'envahissement.

Ce sont, en effet, les réactions de l'utérus inoculé qui constituent les lésions que l'on trouve dans la métrite.

Que se passe-t-il, en effet ? L'inoculation est faite. Le microbe s'installe dans les glandes en grappe si abondantes du col utérin ou dans les replis muqueux du col et du corps. La muqueuse va subir une congestion plus ou moins marquée, les glandes vont sécréter plus abondamment, du mucus simple d'abord, puis peu à peu à ce mucus succédera un liquide louche, muco-purulent, et enfin purulent. Dès ce moment l'endométrite catarrhale, ou purulente est constituée, localisée au col ou propagée à tout l'endométrium.

L'infection peut ne pas dépasser ce degré ; mais elle peut aussi

déterminer d'autres lésions ; la muqueuse peut bourgeonner, se hérisser de fongosités plus ou moins abondantes ; ce sont des barrières nouvelles opposées à l'envahissement microbien ; puis ces fongosités plus ou moins congestionnées, turgescentes, mollasses et abondantes, remplissent l'utérus et, friables, se déchirent avec une facilité désespérante ; le sang coule, la métrite fongueuse, la métrite hémorrhagique se révèle avec tous ses symptômes. On a cherché à en faire une forme idiopathique, cela n'est pas soutenable, l'hémorrhagie est la suite d'une infection. Il est bien entendu que je ne veux pas parler dans ce cas de ces hémorrhagies que l'on a si justement appelées épistaxis utérines, et que je ne veux envisager ici que ce qui a trait aux métrites.

Mais les effets de l'infection peuvent atteindre le tissu utérin tout entier. Le muscle lui-même a subi des modifications analogues à celles que subissent tous les organes soumis à une irritation prolongée ou intense. Tantôt les fibres musculaires s'hypertrophient, se multiplient, et l'on se trouve en présence de ces gros utérus fibreux, de ces utérus géants qui sont l'apanage des métrites parenchymateuses. Tantôt cette irritation dépasse le but, et on assiste à la sclérose utérine, on trouve des utérus durs, résistants, rigides, irrités chroniquement.

A toutes ces lésions directes, immédiates, de la métrite, que le traitement doit combattre, il faut ajouter les modifications accessoires de forme, de calibre, de l'utérus. Celui-ci, diminué dans sa résistance, pourra se fléchir, antéflexion, rétroflexion ; la cavité utérine, coudée brusquement, présentera un véritable cul-de-sac fermé de toutes parts. Les sécrétions exagérées, les liquides infectés ou purulents ne trouveront plus d'écoulement au dehors et la cavité utérine est transformée en un abcès se vidant mal ou ne se vidant pas. De là toutes les complications d'une rétention plus ou moins prolongée, et l'aggravation des lésions par le contact des sécrétions retenues.

Est-ce à dire que l'on doive complètement supprimer le rôle des diathèses sur la métrite ? Est-ce à dire qu'il ne faille pas faire entrer en ligne de compte la scrofule ou l'arthritisme ? Ce serait n'avoir pas retenu le souvenir de ces métrites interminables que l'on rencontre chez certaines strumeuses, avec écoulement purulent intarissable et chez lesquelles on trouve ces gros utérus mous, étalés, à gros cols fongueux et largement ouverts ; ce serait nier ces métrites qui naissent en apparence spontanément et qui récidivent avec une désespérante facilité chez certaines femmes. Mais ce n'est pas non plus une raison pour nier que ces métrites ne soient infectieuses.

Chez certaines femmes, il existe une prédisposition évidente à contracter une métrite. La moindre inoculation sera suivie de lésions graves de métrite, qui, chez d'autres, eussent été bénignes, simples et facilement guéries. Il existe une question de terrain dans

l'histoire de la métrite, comme dans l'histoire de toute infection, et je veux en tirer cette conclusion que, chez ces malades, le traitement doit être encore plus énergique, plus radical que chez d'autres.

Indications thérapeutiques tirées de l'étude de la métrite. — La notion d'infection comme origine même de toute métrite doit être l'indication thérapeutique. Il faut désinfecter l'utérus, désinfection qui pourra se faire par des applications superficielles de désinfectants et qui exige, pour être complète, la destruction du tissu même, siège de l'infection.

Le siège de l'infection peut être le col ou le corps — le col et le corps.

Lorsque le col seul est atteint superficiellement, il sera possible d'agir sur lui sans opération préliminaire: si l'on doit agir sur le corps, il sera nécessaire de pénétrer dans sa cavité, et une opération préliminaire sera indispensable, la dilatation utérine.

Ces indications sont remplies par les trois moyens mis en usage et que je veux étudier dans leurs indications et dans leurs résultats. Ce sont les *topiques utérins*, *le curettage et la dilatation.*

Curettage utérin. — Pendant des années le curettage utérin a joui d'une faveur, que l'on essaie en vain actuellement de lui refuser. Je sais bien qu'on l'a fait dans nombre de cas où il n'était pas nécessaire, mais a-t-il été l'origine de tous les maux dont on l'a accusé? s'il n'était pas nécessaire était-il nuisible ? Je ne le crois pas. Il est certain que je parle du curettage fait comme il doit être fait, c'est-à-dire considéré comme une opération *chirurgicale*, dans des conditions d'asepsie absolue. Je parle du curettage fait avec toutes les précautions que l'on doit prendre pour toute opération qui peut *par une faute d'antisepsie* devenir l'origine d'accidents graves, d'*accidents mortels*. Bénin et facile, lorsqu'il est fait dans des conditions parfaites et indispensables, le curettage devient une opération des plus graves, lorsqu'il est dans des mains inattentionnées et négligentes.

M. Reynier accuse le curettage d'ouvrir la porte aux auto-inoculations. Comment, dit-il, vous allez ouvrir une région qui baigne dans du pus septique, vous allez ouvrir les vaisseaux sanguins, les lymphatiques à l'inoculation de tous les microbes qui se tiennent dans la cavité utérine. Méfiez-vous, vous allez amener des lymphangites, des phlegmons, propager la métrite aux trompes et aux ovaires. Est-ce que vous incisez un érysipèle ; est-ce que vous ne craindriez pas de propager l'infection érysipélateuse ?

A cela je répondrai facilement que je n'ouvre pas et ne curette pas un érysipèle, mais que je n'hésite pas à inciser un phlegmon ; que je ne redoute pas, en incisant la peau qui recouvre un abcès, d'ouvrir les lymphatiques qui s'y trouvent ou les vaisseaux qui y circulent ; j'ajouterai même que si mon abcès est bien limité, si ses parois sont accessibles, s'il s'y trouve étalée la membrane pyogé-

nique de nos pères, je me ferai un devoir de prendre la curette, comme pour l'utérus, et d'enlever toutes les parois que je suppose recéler l'élément infectieux. Je ne me contente pas de réséquer les microbes, j'ampute les tissus malades. C'est le but identique que je me propose en faisant le curettage utérin.

J'ampute la muqueuse infectée, avec toutes ses glandes, tous ses culs-de-sac glandulaires, parce que je sais qu'un seul de ces culs-de-sac infectés, c'est la récidive assurée, et que des topiques ne peuvent atteindre, dans leurs profonds repaires, les microbes qui y séjournent et y cultivent.

Tel est le but du curettage, tel est l'objectif que seul il peut réaliser, et qu'*il doit* réaliser sans danger.

Mais, pour que ce résultat soit obtenu, il faut que le curettage soit complet; il ne faut pas se contenter de chatouiller doucement la muqueuse utérine et de croire que l'on a fait un curettage ; il faut dans tous les coins, dans tous les points, dans tous les angles promener la curette jusqu'à ce que l'on soit sûr d'avoir enlevé toute la muqueuse utérine et les glandes qu'elle contient. Il faut, si cela ne suffit pas, et là je parle du complément indispensable du curettage dans les cas de métrites ayant atteint profondément le col, il faut, dis-je, compléter le curettage par les opérations qui ont pour but d'enlever toute la muqueuse et tout le tissu glandulaire du col utérin (Schroeder, Bouilly, etc.). Les glandes à ce niveau dépassent la muqueuse, le curettage ne suffit plus, la curette enlève la muqueuse et laisse les culs-de-sac ; il faut employer le bistouri. Le hersage peut donner de bons résultats, mais on ne sera rassuré que par les opérations qui résèquent la paroi glandulaire totale du col.

Ablation des tissus infectés, tel est le but atteint par le curettage. Quelles sont ses indications ? Elles peuvent facilement se résumer. *Toute infection utérine non justiciable d'être modifiée par des applications directes, c'est-à-dire ayant dépassé la surface même de la muqueuse utérine doit être traitée par le curettage.*

Les résultats obtenus sont merveilleux dans l'endométrite glandulaire, mais plus remarquables encore dans l'endométrite proliférante, dans l'endométrite fongueuse, et je crois inutile d'en donner les raisons. C'est le curettage qui nous rend maître de ces hémorrhagies intarissables causées par les fongosités endométritiques, et nul moyen ne lui peut être comparé. C'est une vérité qui n'est plus contestée et qu'il suffit d'inscrire en rappelant les innombrables observations où le curettage fut réellement indiqué.

Une deuxième question doit nous arrêter un instant. L'annexite est-elle une contre-indication au curettage ? Ne doit-on pas craindre, sous son influence, de causer ainsi une crise aiguë d'une salpingite déjà existante ? Je ne conseillerai jamais de faire le curettage dans les cas de salpingite à contenu purulent, accompagnées d'adhérences et de pelvi-péritonite ; dans les cas de ces salpingi-

tes qui ont déjà subi une ou deux poussées subaiguës et prêtes à réapparaître, qui recèlent dans leurs parois ou leur cavité des éléments infectieux prêts à se *réveiller* ; mais je puis affirmer n'avoir jamais vu d'accidents survenir dans les cas de petites salpingites parenchymateuses sans liquide, constituées par une légère augmentation de volume et de consistance de la trompe, qui *n'ont jamais donné lieu à des symptômes aigus* de douleur et que l'on *rencontre si fréquemment* chez les femmes atteintes de métrites et en particulier de métrites gonococciques *quand on veut et que l'on sait les rechercher*.

J'ajouterai même que je possède de nombreuses observations où le résultat du curettage a été favorable dans ces cas — que la salpingite disparaissait plus rapidement — ce qui peut s'expliquer par ce fait que la salpingite étant entretenue par l'état infectieux de l'utérus, s'effaçait dès que cet état lui-même avait disparu.

Le curettage suffit-il, à lui seul, à guérir la métrite? Je pense qu'il faut le faire suivre d'un traitement topique intra-utérin, d'un pansement post-opératoire qui le complète et met l'utérus en état de résister aux réinoculations qui le menacent jusqu'au jour où il a recouvré sa muqueuse protectrice.

Dilatation. — Le curettage agit sur la muqueuse (en la détruisant) ; la dilatation qui le précède agit sur l'utérus lui-même. Elle a des indications spéciales qui peuvent la rendre seule nécessaire ; elle unit ses effets à ceux du curettage dans la plupart des cas.

Deux procédés de dilatation ont été mis en usage: la dilatation *brusque*, la dilatation *lente*. La première peut être employée lorsque l'on ne considère la dilatation que comme une opération préliminaire du curettage, lorsqu'on ne veut que se frayer un chemin large dans la cavité utérine ; c'est le seul cas où elle peut être employée ; elle ne donne pas tout ce que l'on peut attendre de la dilatation lente.

Celle-ci, que l'on fait avec les tiges de laminaire progressivement croissantes, l'éponge préparée ou les tampons de Vulliet, agit en effet par elle-même et d'une façon remarquable.

Si l'on introduit une tige de laminaire dans un de ces gros utérus métritiques, lourds et résistants, on est très surpris de voir, quand la dilatation est terminée, que l'utérus a complètement changé de consistance. Il est mou, flasque, se laisse écraser comme une éponge ; ses parois semblent amincies et il donne en petit la sensation d'un utérus en inertie après l'accouchement.

Cette action de la dilatation lente est des plus remarquables et, suivant moi, joue un rôle important dans la guérison de la métrite parenchymateuse. Elle aide au dégorgement de l'utérus, auraient dit nos pères. Est-ce par une compression lente, une sorte de massage de dedans en dehors du tissu utérin, qu'agit ainsi la tige qui se gonfle ? Cela est possible, mais je ne saurais l'affirmer

Il se passe là quelque chose d'analogue à ce que l'on a si bien observé dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Arrive-t-on à laisser à demeure, dans le canal, une bougie même filiforme, qu'au bout de 24 heures le rétrécissement ramolli, souple et complaisant se laisse dilater et admet une bougie double, triple, quadruple de celle qu'il refusait la veille. Il y a là une sorte d'action dynamique sur les tissus même de l'utérus, fort intéressante et dont le résultat est des plus favorables.

Ce ramollissement, en effet, du corps utérin, cette souplesse va permettre de remédier avec facilité à ces circonstances fâcheuses accessoires, de nombre de métrites. Grâce à cette complaisance de l'utérus, s'effaceront sans effort les déviations utérines, flexions utérines ou rétroflexions dont j'ai dit toute l'importance dans l'histoire des métrites. Il suffit de laisser une tige, un tamponnement dans l'utérus pour que celui-ci garde sa forme normale qu'on lui aura redonnée, dès qu'il aura été assoupli.

La dilatation ouvre largement l'utérus, elle le draine, elle l'étale. Elle transforme la cavité mal drainée, close parfois, de l'utérus, en une surface accessible.

Si l'infection est superficielle, si le curettage n'est pas reconnu, nécessaire, elle suffira pour permettre l'application *sur toute la surface utérine* des topiques que l'on croit utiles. Elle pourra être maintenue pendant de longues semaines, et constituera ainsi un drainage utérin dont l'utilité est incontestable.

Le drainage utérin se fera soit par le tamponnement répété de l'utérus, soit par un des nombreux drains, inventés dans ce but, en caoutchouc (Verchère), en métal (Lefour), etc., soit enfin par le maintien de crins de Florence (Chéron). Je ne veux pas insister, trouvant également parfaits tous les moyens que l'on a conseillés.

Topiques. — Aux deux moyens que je viens d'étudier doivent se joindre les topiques. Ceux-ci peuvent varier à l'infini. Mais, pour être efficaces, ils doivent être appliqués au moins sur la lésion elle-même. C'est dire que l'application d'un tampon dans le vagin, ou d'un médicament à la surface externe du col, me paraît bien platonique pour obtenir la destruction des culs-de-sac glandulaires de l'endométrium. Qu'ils soient nécessaires pour fermer l'entrée à toute inoculation après une intervention sur l'endométrium, je ne le nie pas et j'en reconnais l'emploi indispensable. Mais panser le vagin pour soigner l'utérus m'a toujours semblé une illusion. C'est badigeonner l'antichambre pour mettre en couleur les murs de la chambre voisine.

Les pansements de la métrite doivent s'appliquer à la métrite ; c'est sur la muqueuse utérine qu'il faut agir.

Tous les topiques employés ont donné les meilleurs résultats. Le nitrate d'argent, la créosote, le permanganate et combien d'au-

tres ne comptent plus leurs succès. Je les emploie en crayons, en solutions, en tampons, en crayons à demeure, et ils suffisent pour amener la guérison des cas légers. Mais, je le répète, de ces cas seulement.

Dirai-je un mot de l'électrothérapie, et en particulier de l'électrolyse argentique que M. Reynier nous a recommandée? Je crois qu'elle agit comme topique actif et efficace, mais je ne puis que croire sur parole ce qui nous en a été dit, n'ayant pas eu l'occasion d'en voir l'application.

En résumé, la métrite est une infection qui détermine comme telle des lésions utérines de différents degrés dans l'évolution de cette infection. Infection simple, plus ou moins profonde. Fongosités. Hypertrophie de l'utérus.

Toutes lésions peuvent s'accompagner de déviations utérines qui déterminent une occlusion plus ou moins grande de la cavité utérine.

Sa thérapeutique découle de cette notion elle-même et a pour but la désinfection de l'organe.

Si la muqueuse est superficiellement atteinte, les topiques appliqués sur elle suffiront à amener la guérison.

La muqueuse est-elle profondément atteinte, on devra recourir à la dilatation et au curettage utérins, complétés par une des opérations autoplastiques du col (Schrœder, Emmet, Bouilly, etc.).

La dilatation seule et le drainage prolongé peuvent suffire dans certains cas déterminés.

POINTS DE TECHNIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

Par le Dr René Belin.

I.

Les travaux du dernier Congrès de Chirurgie marquent un retour très appréciable à la voie abdominale, pour l'hystérectomie appliquée soit aux fibromes, soit aux lésions annexielles. Ce regain de faveur est dû incontestablement à des modifications très favorables apportées à la technique abdominale. Ce sont : la position inclinée de Trendelenbourg, la mise en place de larges compresses isolant parfaitement le champ opératoire abdominal, la facilité d'organiser l'incision primitive pour obtenir un jour de plus en plus grand, si le besoin s'en fait sentir ; enfin, une tendance plus conservatrice faisant une salutaire réaction aux mutilations d'il y a peu d'années. Malgré tous ces avantages, l'hystérectomie vaginale par les procédés rapides de Doyen restera longtemps encore l'opération de choix dans certains cas déterminés. Quand le diagnostic est absolument ferme, l'utérus fibromateux moyen est facile à abaisser, la colpohystérectomie est une intervention

presque facile, très sûre, laissant après son exécution une voie de drainage large, déclive très naturelle ; et qui a le mérite d'être acceptée par les malades beaucoup plus facilement que la laparotomie, car elle ne laisse aucune cicatrice. Bien des femmes, en outre, croient de bonne foi qu'on ne leur ouvre pas le ventre.

Une des questions très importantes, à mon avis, est celle du pansement consécutif à l'hystérectomie. La littérature médicale est presque muette à ce sujet, et chaque opérateur emploie un mode de pansement qui lui est personnel. Sans vouloir critiquer en rien la pratique générale, je crois que l'on peut faire mieux que de mettre au hasard quelques gros tampons ou même une lanière de gaze introduite en accordéon. Après l'hystérectomie vaginale, le pansement a un triple but : d'abord fermer hermétiquement la cavité abdominale et panser avec légère compression la plaie de section des culs-de-sac vaginaux ; ensuite séparer les pinces les unes des autres et les isoler toutes des parois vaginales afin de soulager ces dernières d'une pression excessive qui a pu amener des eschares ; enfin, obturer la vulve pour éviter l'entrée de l'air, et recueillir au besoin des liquides physiologiques ou pathogènes qui pourraient s'écouler.

J'ai fait faire à M. Chevretin des séries de tampons stérilisés, de forme et de dimensions un peu différentes pour chacun des 3 plans ; pour les différencier et ne les retirer par la suite qu'en suivant l'ordre inverse de leur introduction ; ces tampons sont munis de fils de soie teints de couleur vive *à l'aniline* exclusivement.

Une note qui m'a été remise il y a un an, par M. Roger chimiste-expert, m'a mis en garde contre les fils teints du commerce : les fils teints en rouge, notamment, le sont parfois par du sang coagulé, cette teinture pourrait amener des désastres au point de vue antiseptique.

Mon plan supérieur, destiné, comme je l'ai dit, à fermer la cavité abdominale et à panser la plaie vaginale, se compose de deux tampons cylindriques accolés ; je les mouille fortement et les fais battre avant leur introduction, pour leur donner une forme carrée. En les forçant l'un sur l'autre, j'obtiens dans le fond du vagin un plan assez résistant pour contenir les intestins et comprimer la tranche vaginale qui, souvent malgré les pinces bien placées et l'ourlet péritonéo-vaginal postérieur bien fait, a une tendance à saigner légèrement ; ce plan doit être hémostatique pour cette raison. Ces tampons portent un fil rouge. Je les emploie iodoformés après les suppurations pelviennes ou si quelqu'incident au cours de l'opération me fait douter d'une asepsie strictement rigoureuse ; simplement ouatés dans tous les autres cas. Le deuxième plan occupe les trois quarts de la hauteur du vagin et comporte de petits tampons gros comme des noisettes insinués entre chaque pince, et deux lamelles de coton aplaties destinées, l'une en avant, l'autre en arrière, à isoler la paroi vaginale de la masse des pinces. Il leur

est fixé aux uns comme aux autres un fil de soie verte. Je termine mon pansement par un ou plusieurs gros tampons d'ouate simple, destinés à obturer la vulve, ces derniers marqués par un fil jaune. Fréquemment souillés par l'urine, et quelquefois par des matières fécales, ces tampons, presque extérieurs, sont changés à volonté aussi souvent que le besoin s'en fait sentir. Le plan moyen est retiré à la 40e heure en même temps que les grandes pinces ; leur retrait est toujours suivi d'une abondante irrigation chaude antiseptique, unique ; quant au 3e plan, je le respecte toujours, à moins d'indications spéciales jusqu'au cinquième jour ; à partir de ce moment, les injections vaginales sont largement pratiquées, au nombre de six par 24 heures. Ce procédé de fils de couleur pourra paraître presque puéril ; il m'a rendu tant de services depuis plus d'un an, en permettant de diviser le pansement en 3 plans distincts pouvant être retirés isolément à des périodes variables, suivant les indications qui se présentent, que je n'hésite plus à le recommander avec conviction.

II.

Le vagin est une des cavités les plus difficiles à absterger et à aseptiser, sa disposition permet un essor particulièrement favorable au développement des bactéries pathogènes, la chose est connue, et je me garderai bien d'insister. Tous les gynécologistes sont actuellement d'accord pour reconnaître que la désinfection mécanique à l'eau chaude et au savon est la seule efficace et, dès mes premières hystérectomies en 1888, je me servais d'un affreux savon noir qui me brûlait entre les doigts et dont j'avais une peine énorme à me débarrasser au cours de l'opération. J'ai commandé depuis à Chevretin, un savon liquide moins caustique : ce chimiste a réussi à obtenir un excellent savon, mais tellement liquide qu'en l'introduisant dans la cavité vaginale (le bras de l'opérateur étant forcément en position déclive par rapport à la vulve), je recevais le long de mon bras la moitié au moins du flacon. Qu'ont dû en penser les accoucheurs ou opérateurs pratiquant avec leurs manches ? Un pain de savon introduit par l'orifice vulvaire peut servir ; d'aucuns, biconiques, ont même une forme assez appropriée ; mais, une fois dans le vagin, l'opérateur n'a plus de prise sur lui et ne peut plus que le retourner du bout de l'index, comme il ferait d'un morceau de sucre dans un verre d'eau à défaut de cuiller ; il est bien plus probable d'autre part que le vagin se déplisse sous une impulsion aussi faible et aussi irrégulière. Ce savon, glissant comme il convient, ne sort pas toujours tout seul ; j'ai vu un jour un jeune confrère obligé de le morceler avec une pince à cadre pour s'en débarrasser. J'ai imaginé, dès lors, de tailler en cône, un gros morceau de savon blanc avec un couteau de cuisine ; ce cône, d'environ 30 centimètres de long, n'était pas la perfection, mais il m'a suffi jusqu'à ces derniers temps, car il avait le mérite d'offrir une

prise solide, de ne pas se laisser avaler par le vagin, enfin de déplisser assez convenablement la muqueuse. Or, en visitant les cliniques suisses pendant les vacances, mon excellent maître et ami Auguste Reverdin me fit voir un savon parfait : Le *priape savonneux* ou *savon priapique*. Ce nom, n'est, je suppose, pas officiel, car il pourrait causer de l'embarras au médecin désireux de le prescrire dans les familles. Voici en quoi consiste cet appareil : c'est un cône d'excellent savon au phénate de zinc traversé suivant son axe par le tube de caoutchouc d'une douche laveur ordinaire. La malade étant en position obstétricale et rasée, on commence par introduire doucement le cône de savon jusqu'à (et c'est là le point important) ce qu'il obture exactement l'orifice vulvaire; puis on fait ouvrir le robinet de la douche très haut placée de façon à obtenir une pression considérable : cette pression suffit seule à distendre au maximum en les déplissant les culs-de-sacs vaginaux. Pour le prouver, Reverdin, dont l'aménité est proverbiale, prie ses hôtes de s'approcher de sa malade, et il retire en même temps légèrement son cône de savon : l'eau savonneuse ainsi décomprimée est projetée avec force à un mètre en avant de la malade : la preuve est convaincante, et dispense d'autres le visiteur, littéralement inondé d'un schampooing avant son déjeuner. Le vagin ainsi déplissé, le chirurgien tourne et retourne le cône de savon (même dans les centres renommés d'horlogerie, les injecteurs ne sont pas pourvus du système Bréguet) qu'il retire *avec précaution* ; l'asepsie du vagin est définitivement assurée.

Etant donnée la nécessité si fréquente de déplisser les organes génitaux de la femme, (accouchements, gynécologie médicale, applications d'électricité) nous pouvons prédire longue carrière à l'ingénieux savon du Pr Reverdin).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE.

Par M. Doléris.

La question du diagnostic différentiel entre l'annexite et l'appendicite a été discutée pour la première fois en France au sein de notre Société, aux mois de février et d'avril dernier. M. Lutaud d'abord, M. Richelot ensuite, firent connaître des cas intéressants dans lesquels une erreur avait été commise.

Je pris la parole pour exprimer l'opinion que le diagnostic différentiel était possible dans le plus grand nombre des cas et je m'efforçai d'atténuer l'impression que pouvait produire la révélation de quelques observations dont certaines ne me paraissaient pas démonstratives pour bien des raisons, dont la principale était le défaut de contrôle direct par l'intervention opératoire. Voici quelle fut ma réponse :

« Dans cette question soulevée par M. Lutaud et reprise par M. Richelot, il semble que, sans vouloir faire violence aux faits d'observation, on se soit un peu trop empressé de soupçonner la facilité de la faute à commettre.

M. Richelot, en particulier, met une trop grande modestie à s'accuser de six erreurs, dont pour ma part, en éliminant deux cas observés chez des vierges et un autre douteux, je ne veux retenir que trois. Etant donné sa longue pratique de la laparotomie c'est infiniment peu. Si je consulte les statistiques de plusieurs milliers de cas appartenant à un grand nombre d'opérateurs, je ne vois pas l'erreur signalée. J'ai déjà dit que, pour ma part, je ne l'avais jamais commise. Est-ce un hasard heureux ? Peut-être ; mais cependant si le diagnostic était tant soit peu épineux, elle se retrouverait plus fréquente étant reconnu que l'appendicite semble se révéler comme une affection très commune. Les chirurgiens qui sont allés à la recherche d'ovaires ou de trompes malades auraient certainement noté les lésions intestinales ou péri-intestinales s'ils en eussent rencontré autrement que sous forme d'adhérences banales autour d'un abcès annexiel.

« Tout d'abord, il y a une question de *début* et de *siège*. L'appendicite est une affection du flanc et de la fosse iliaque. De plus, elle est spéciale au côté droit.

« La salpingite, sauf dans les cas où d'anciennes adhérences retiennent la trompe en haut, est une affection pelvienne. L'erreur n'est donc possible que lorsqu'il existe une annexite droite, ancienne, avec adhérences persistantes de la trompe dans la région de l'appendice. Encore, dans ce cas, est-on instruit par e commémoratif d'une atteinte antérieure d'annexite qui, pour siéger aussi haut, a dû nécessairement se développer concurremment avec l'état puerpéral.

Cela permet d'éliminer la difficulté du diagnostic chez les vierges. Chez elles, l'annexite aiguë offrant des caractères comparables à l'inflammation de l'appendice ne peut être envisagée sérieusement que comme une rareté et si on y songeait, ce devrait être plutôt pour écarter cette hypothèse.

« Au point de vue symptomatique, il y a une notable différence entre les deux affections : Dans l'une, ce sont les phénomènes propres aux affections aiguës du tube digestif qui dominent la scène et qui marquent le premier début des accidents. Dans l'autre, ce sont les signes d'une phlegmasie utérine d'abord, annexielle ensuite, qui constituent le fond du tableau. Sans s'exclure, ces deux ordres de symptômes se montrent trop rarement assez

mélangés pour que le médecin n'en discerne pas aisément la source.

« Dans leur marche enfin, on constate cette particularité fréquente de la bilatéralité et de l'alternance paroxystique habituelle dans la salpingo-ovarite qui n'existe pas dans l'appendicite.

« La douleur persistante dans la région pelvi-iliaque droite, peut-elle être le motif d'une erreur ? M. Richelot fait remarquer l'ambiguïté de certains cas. Il y a des années que l'attention s'est fixée sur cette douleur *sine-materia* apparente des femmes nerveuses. Sans parler des opinions anciennes de Charcot et Féré concernant son siège ovarique et le rôle de l'ovaire douloureux dans l'hystérie, il est utile de dire que le siège de cette douleur est très controversé. En effet, elle réside tantôt à la peau, tantôt dans la masse musculaire abdominale, tantôt plus profonde elle semble affecter tel ou tel filet organique du plexus hypogastrique. Essentiellement mobile et changeante, de même que les névralgies faciales qui occupent tantôt l'un, tantôt un autre des filets du trijumeau, elle réside, à coup sûr, sans qu'on puisse préciser toujours, dans une branche émanant des nerfs lombo-sacrés. A cet égard, le médecin peut errer, mais l'instabilité de ce symptôme unique, *douleur*, étant connue, on ne doit pas s'attacher à autre chose qu'à élucider les autres signes plus précis, offrant matière à la discussion du diagnostic. Sur ce terrain, je crois encore que l'erreur entre l'affection appendiculaire et l'affection annexielle doit être tout à fait exceptionnelle, ainsi que le démontrent les statistiques acquises de la laparotomie.

Il peut donc y avoir des cas où le diagnostic n'est pas très facile. Cependant, comme M. Budin l'a rappelé, le siège n'est pas le même dans les deux cas : Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammés tendent à descendre vers le fond du bassin, sauf dans les cas où l'infection se produit à la suite d'un accouchement. L'utérus reste alors élevé et la position de l'annexe malade ne sera plus la même, mais en toute autre circonstance les trompes descendent et sont à un niveau plus bas que celui qu'elles occupent ordinairement. Il y a là quelque chose de bien topique comme siège. Les phènomènes généraux sont aussi différents ; il faut une infection puerpérale ou gonococcique pour produire une annexite. Enfin, je ferai observer qu'une des malades de M. Lutaud a été opérée à San-Francisco et que c'est là qu'on a porté le diagnostic d'appendicite : ceci demanderait confirmation. Chez une autre il se pourrait bien qu'il y eût un abcès périanal comme je l'ai déjà observé. Je ferai remarquer que sa malade perdait du

pus par la vessie. Dans la pratique, je crois que l'erreur n'est pas souvent commise. »

La conclusion unanime de tous fut d'ailleurs que les cas réellement difficiles au point de vue du diagnostic doivent être exceptionnels.

La question a été envisagée à nouveau en France et à l'étranger ; je signale le mémoire de Treub d'Amsterdam, les recherches de Clado et un article récent de Bouilly dans la *Semaine gynécologique*.

Il ne paraît pas ressortir de ces travaux que la liaison pathologique soit fréquente, encore moins nécessaire entre les lésions de l'appendice et des annexes utérines, malgré les arguments d'ordre anatomique qui ont été invoqués, entr'autres les rapports du système lymphatique de l'appendice et du ligament large.

Que la para-appendicite ou pour mieux dire le phlegmon péri-appendiculaire sous-séreux puisse et doive dans bien des cas fuse vers le tissu cellulaire du petit bassin et toucher à la charpente des ligaments larges, cela est fort rationnel. Qu'il en résulte une lésion annexielle ce n'est point démontré, les parenchymes tubaire et ovarien n'étant point nécessairement touchés par l'infiltration inflammatoire du voisinage.

De même, nous savons par expérience que les lésions muqueuses parenchymateuses de la trompe et de l'ovaire restent limitées à l'atmosphère ambiante ; que même la para-ovarite et la para-salpingite, ou si l'on aime mieux le *phlegmon sous-séreux du ligament large* qui ne s'observe guère que dans les infections graves puerpérales, se limitent à l'aire pelvienne : les autopsies et les opérations hâtives ou tardives pratiquées dans ces cas en ont fourni la preuve.

Ce n'est pas à dire que théoriquement la continuité du tissu sous-péritonéal du bassin et de l'abdomen, plus spécialement du ligament infundibulo-pubien et du meso-cœcum ne soit un condition favorable de propagation, ni qu'en fait le phlegmon de l'une ou l'autre région ne fuse et ne fasse tache d'huile au loin des annexes vers le cœcum et *vice versa*, à la façon des œdèmes inflammatoires, non. Mais cette vue ne peut intéresser que la phase aiguë du début ou les fusées purulentes tardives. Or, ces formes d'appendicite phlegmoneuse sont justement les plus rares, et c'est là le principal argument contre la théorie précédente. L'appendicite crée bien plutôt des lésions intra-péritonéales adhésives avec ou sans suppuration. C'est sur son voisinage immédiat

que l'appendicite réagit, crée des exsudats, des adhérences, des abcès au milieu même des anses intestinales.

Jusqu'à plus ample informé le mécanisme du retentissement réciproque des deux lésions l'une sur l'autre reste à l'état hypothétique.

Quant au diagnostic différentiel, la question persiste entière par ce fait qu'elle est dominée par l'obscurité des symptômes et la difficulté d'une détermination matérielle précise des lésions par nos moyens d'investigation habituels, pour les cas exceptionnellement épineux où le doute s'impose.

THÉRAPEUTIQUE

La blennorrhagie et son traitement chez les femmes non enceintes. M. Ettore Truzzi (Parme). — Dans les *endométrites* gonococciques, je trouve très utiles les applications d'ichthyol pur dans la cavité utérine.

Dans les *salpingites* gonococciques je ne crois pas nécessaire de pratiquer la célio-salpingectomie bilatérale avec conservation de l'utérus, on la salpingo-hystérectomie par voie vaginale, qui peut devenir dangereuse à cause des adhérences avec l'intestin ou rester incomplète.

J'aime mieux avoir recours à la salpingo-hystérectomie *totale, abdomino-vaginale,* pratiquée de la façon suivante : l'abdomen ouvert, je détache les adhérences intestinales et épiploïques, en isolant autant que possible les annexes et en pratiquant aussi, entre deux ligatures, la section bilatérale du ligament infundibulo-pelvien. J'interviens ensuite par la voie vaginale, et complète l'extirpation de l'utérus et des annexes.

De cette manière on utilise la valeur diagnostique de la laparotomie et l'on tient l'abdomen ouvert aussi peu que possible.

Dans les cas où l'extirpation des annexes par la voie vaginale est incomplète, la ligature préalable des artères utéro-ovariennes par l'abdomen et la ligature subséquente des artères utérines par la voie sous-pubienne pourraient mieux assurer l'involution tardive des annexes.

M. Truzzi appuie sa communication par la relation de quatre cas opérés avec succès de la manière qui vient d'être indiquée.

Résultats des lavages au permanganate de potasse dans 83 urétrites à gonocoques. (M. E. Vigneron, Marseille.) — J'ai reconnu la présence des gonocoques dans 142 urétrites, observées jusqu'au 31 décembre 1896.

59 malades se sont traités eux-mêmes d'après nos indications et

la plupart ont été perdus de vue ; 22 ont obtenu une guérison complète au bout de trois mois de lavages en moyenne. Des irrégularités et des fautes fatales dans ces cas expliquent la longueur du traitement et empêchent de tirer des conclusions fermes de cette catégorie de malades.

Les 83 urétrites régulièrement traitées par nous-mêmes comprennent des infections de tout âge, de quelques heures à plusieurs années.

L'ancienneté de la suppuration au point de vue du traitement a une importance capitale et autorise à diviser les cas à ce point de vue en trois catégories :

1° Ceux où le traitement a été commencé quarante-huit heures au plus après l'apparition de la première goutte.

2° Ceux dont le traitement a commencé entre le deuxième et le trentième jour de l'infection.

3° Et ceux dont le traitement a été entrepris dans les infections anciennes, datant de plus d'un mois.

La disparition du diplocoque a été obtenue en 10 à 15 lavages en moyenne dans les cas de la première catégorie. Dans les cas de la seconde, le gonocoque disparaît presque toujours en 20 à 25 lavages environ — à condition qu'on lave les deux urètres, qu'on fasse disparaître les moindres rétrécissements et qu'on supprime tous les foyers péri-urétraux. Les cas les plus rebelles pour la disparition des gonocoques sont ceux où l'on commence le traitement en pleine période aiguë. Dans les cas très anciens, par contre, ce qui retarde le plus la guérison absolue, c'est la persistance d'une gouttelette aseptique, entretenue par les lésions profondes de la muqueuse urétrale et des culs-de-sac prostatiques. Les solutions faibles de permanganate, de 1/3000 à 1/4000, employées tièdes, semblent le plus souvent suffisantes ; elles sont en tout cas mieux tolérées.

Ces 83 cas ont présenté 3 complications seulement du côté de l'épididyme, manifestement dues à des imprudences des malades.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

A propos d'un cas de galactophorite double généralisée (1).

La nommée L.., âgée de 29 ans, nourrice du service des débiles.

Antécédents héréditaires. —Père mort paralytique ; mère morte d'une fièvre typhoïde ; deux sœurs et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — Jamais malade.

(1) Observation communiquée par M. Gheorghiu, recueillie dans le service de M. Budin, à la Charité.

Premières règles à 15 ans, toujours bien réglée ; durée des règles 8 jours.

A 24 ans, première grossesse, terminée par la naissance d'une fille vivante, bien portante.

La mère n'a pas souffert pendant cette première grossesse. Accouchement normal, spontané et à terme. Suites de couches normales. Elle n'a pas nourri sa fille.

A 28 ans, seconde grossesse, qui se passe normalement et qui se termine par la naissance d'un bel enfant, un garçon. L'accouchement a eu lieu le 22 septembre 1896.

Le 17 octobre 1896, la nommée L... rentre comme nourrice dans le service des débiles de la Maternité.

Nourrice excellente (femme de taille grande et bien constituée) excellente par les qualités de son lait et par la quantité. — Les nourrissons allaient toujours très bien. Comme quantité de lait, elle est arrivée jusqu'à 2.000 grammes de lait dans les 24 heures. Elle n'a jamais eu mal aux seins.

Le 29 juillet 1897, à 11 heures et demie du matin, on nous appelle dans le service des débiles pour nous montrer un verre à expériences rempli d'un liquide grisâtre formé de deux couches :

Une supérieure (la moitié sup.) formée par un liquide blanc grisâtre ;

L'autre inférieure (moitié inf.), formée par un dépôt plus foncé (comme de la boue) d'aspect purulent.

Ces deux couches étaient séparées par une troisième, haute de 5 mm., de coloration rosée.

Le contenu de ce verre à expériences n'était autre chose que du lait trait du sein gauche de la nourrice L...., à la tétée de 11 heures.

Nous demandons à la nourrice de tirer du lait de son sein droit et nous constatons que le produit est de même grisâtre et par le repos un dépôt se forme, mais de beaucoup moins important que celui du sein gauche.

Le matin la nourrice s'est levée très bien et sans fièvre, d'après ce qu'elle nous a dit.

On lui prend la température immédiatement, on la trouve normale. Nous la faisons passer à l'infirmerie de la Maternité. Les nourrissons sont aussi bien portants. Elle n'avait un de ces enfants que depuis 3 jours seulement.

Examen : A l'examen de la malade nous constatons :

Rien du côté de son tube digestif, rien du côté de son cœur et de ses poumons.

Légère tuméfaction du sein gauche, pas de rougeur de la peau, pas de tuméfaction proprement dite (pas d'engorgement), pas de noyaux indurés, pas de ganglions axillaires (pas d'engorgement ganglionnaire), ni de crevasses, ni solutions de continuité, pas de douleur à la palpation ; la malade sent son sein plus lourd que d'habitude.

Rien du côté du sein droit.

Nous la mettons au repos absolu et toutes les deux heures, la nourrice elle-même tire le lait dans des verres à expériences ; chaque fois le produit est grisâtre et donne par le repos un dépôt purulent très abondant pour le sein gauche ; plus de couche rosée de séparation.

Le soir, à 5 heures, on lui reprend la température et le thermomètre marque 39°9, le pouls 104.

La malade a soif, mal à la tête, et depuis 2 heures de légers frissons. Entre les traites on lui tient les seins légèrement comprimés et enveloppés dans des compresses au sublimé.

Examen microscopique du contenu.— Couche liquide (1/2 sup.) ; on constate beaucoup de globules gras du lait, très peu de globules de pus. — Couche rosée, presque pas de globules gras du lait, beaucoup de globules purulents et beaucoup de globules rouges. — Couche purulente (1/2 inf., constitué par le dépôt), ne contenait que des globules de pus. Pour l'examen, nous nous sommes servi d'une pipette stérilisée à l'aide de laquelle nous avons pris quelques gouttes de chaque couche.

L'examen de la couche purulente à l'aide de préparations colorées avec de la thionine phéniquée nous a fait voir l'existence de cocci placés par 5 à 10 formant des chaînettes.

Les ensemencements aérobies sur de la gélose, de la gélatine nous ont donné des colonies rondes, régulières, blanchâtres, au bout de 36 heures.

Nous avons conclu à l'existence du streptocoque.

Le 30 juillet. — Le matin, temp. 37°8 ; pouls 96.

La malade est au repos; on continue les traites; le lait est toujours grisâtre, mais le dépôt purulent a de beaucoup diminué au sein gauche ; il est minime au sein droit.

Le soir, temp. 37°5, pouls 84.

Le 31 juillet. — Le matin, temp. 37°2 ; pouls 80.

Dans le lait tiré du sein droit, pas de dépôt ; le lait a repris sa coloration blanche avec un léger reflet bleuâtre ; dans celui du sein gauche, le dépôt existe encore et la coloration est encore grisâtre.

Le soir, temp. 36°9 ; pouls 84.

Le 1er août. — Le matin, temp. 36°5 ; pouls 84.

Le lait du sein gauche a repris sa coloration normale ; plus de dépôt.

A partir d'aujourd'hui, la température oscille entre 36°5 et 37° ; le pouls est normal ; on continue les traites.

La nourrice est gardée encore au repos jusqu'au 6 août, lorsqu'elle reprend son service.

Cette observation nous la croyons intéressante :

1° à cause de la généralisation de la galactophorite à toute la glande mammaire et des deux côtés ;

2° à cause de l'absence de signes locaux inflammatoires et l'indensité minime des signes généraux ;

3° enfin, à cause de l'absence de manifestations pathologiques du côté de l'organisme des quatre nourrissons de la nommée L.....

Discussion :

M. Budin. — Je ferai remarquer que c'est là une forme très rare de galactophorite.

Il y a eu, en effet, chez cette femme, production de pus par les canaux galactophores sans formation d'abcès. La malade a cessé l'allaitement. Au bout de six jours, la sécrétion purulente s'est tarie ; la sécrétion lactée a reparu et cette femme a pu faire une excellente nourrice par la suite.

M. Jouin. — La communication que je viens d'entendre évoque dans mon esprit le souvenir de l'observation la plus extraordinaire, la plus fantastique qu'il m'ait été donné de relever au cours de ma vie médicale.

Tellement extraordinaire, tellement fantastique cette observation qu'on la pourrait présenter tout aussi bien devant une Société de sciences psychiques, voire même devant une Société de sciences occultes qu'à des savants s'occupant d'obstétrique et de gynécologie.

La voici en quelques mots :

Il y a bientôt dix ans, je soignais une jeune femme enceinte dont la grossesse avait été troublée, tout le temps de sa durée, par le plus singulier des pressentiments. « Je mourrai, disait-elle souvent en couches et par le feu. »

Nous sommes habitués aux histoires des femmes malades et je ne prêtais naturellement aucune attention à ce que je considérais comme une divagation sans importance.

La malade accouche. L'enfant sort en occipito-sacrée et je

suis obligé d'appliquer le forceps. Grand émoi de la malade qui croit doubler le cap redoutable et manifeste pendant l'opération la terreur la plus vive.

L'enfant est amené. La mère, heureuse d'avoir échappé au danger attendu, me témoigne la reconnaissance la plus vive et se montre d'une joie exubérante pendant quatre jours.

Le cinquième jour après l'accouchement, tout allait aussi bien que possible. La mère nourrissait son enfant et je venais de la quitter avec une température de 37° et un pouls à 70°, quand le feu, le feu si redouté, prit aux rideaux du lit du bébé.

On l'éteint immédiatement. Mais l'accouchée est saisie de grands frissons, et quand je reviens quelques heures après cette fantastique scène je la trouve avec une température de près de 39°.

Le pouls est passé de 70 à 140. Enfin, à la sécrétion lactée a fait place une sécrétion pour ainsi dire purulente.

Une galactophorite suraiguë s'était instantanément manifestée.

Naturellement j'explore l'utérus, le ventre et le vagin avec le soin le plus minutieux. Il n'y a de ce côté pas le moindre processus pathologique.

Je suspends l'allaitement, je donne la quinine, je conseille et pratique moi-même l'évacuation du contenu purulent des seins par le massage suivant la méthode que vint à ce moment de faire connaître M. Budin.

Rien n'arrête la marche de la température qui, dès le soir, oscille aux environs de 41° sous l'aisselle.

Très démonté devant ce cas si extraordinaire, j'appelle en consultation mon cher maître dans les hôpitaux, M. Porak. Comme moi, il recherche avec le plus grand soin l'état des organes génitaux sans arriver à y trouver le moindre phénomène pathologique.

Ni l'un ni l'autre nous ne pouvions croire à la mort par pressentiment. Tous les deux nous savions le point de départ ordinaire des infections puerpérales. Notre examen, deux fois répété, fut donc aussi minutieux que possible. Il fut toujours et absolument négatif.

Voyant alors le danger prochain, immédiat même, constatant que le processus inflammatoire occupait seulement les seins, nous appelâmes à notre secours un chirurgien, notre collègue M. Richelot.

Celui-ci confirma notre diagnostic, quant à l'intégrité des

organes génitaux, et jugea que l'on ne pouvait laisser mourir la jeune femme sans essayer de la sauver. Les deux glandes mammaires furent donc enlevées.

Transformées en véritables éponges purulentes, leur ablation amena vingt-quatre heures d'amélioration. La température descendit à 38°5.

Mais la malade, toujours obsédée par son pressentiment et dans un état moral épouvantable, ne tarda pas à être prise d'agitation et de délire. Le thermomètre remonta, et 36 heures après l'opération, trois jours après le début des accidents, la pauvre femme succombait.

On pourra faire à cette observation toutes les objections théoriques possibles. Je me les suis faites moi-même pendant les trois jours que dura la maladie. C'est parce que je ne comprenais rien à ce qui se passait que j'ai demandé l'avis de deux maîtres qui, tous les deux, d'ailleurs, n'ont pu que s'étonner comme moi devant la singularité des phénomènes observés.

Encore une fois, je ne connais pas la mort par pressentiment.

Mais je ne connais pas non plus dans la science de cas de galactophorite qui puisse être rapproché de celui dont je viens d'évoquer le souvenir, un des plus angoissants de ma vie professionnelle.

AVANTAGES COMPARATIFS DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SUBLIMÉ DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE (GLYCO-PHÉNIQUE ET SUBLIMÉ).

On sait que M. le Pr Tarnier était resté un des fidèles de l'acide phénique. Son opinion est basée non seulement sur une pratique hospitalière de plus de trente années, mais aussi sur des expériences faites à la Maternité.

Il nous a paru intéressant de faire connaître à nos lecteurs les pages dans lesquelles notre regretté maître fait ressortir les avantages de cet antiseptique par excellence (1).

« Les expériences sur le vibrion septique sont très instructives, car elles nous montrent qu'en maniant le sublimé et l'acide phénique d'une façon différente, celui-ci peut donner des résultats supérieurs à ceux du sublimé, avec cette réserve, qu'il est impossible d'assimiler complètement les expériences de laboratoire, et les données de la clinique.

(1) De l'Asepsie et de l'Antisepsie en obstétrique. Paris, 1894, p. 192 193, 194 et suivantes.

Le vibrion septique a un rôle prépondérant dans l'infection putride, et celle-ci se produit principalement quand il y a rétention du placenta, aussi bien après l'avortement qu'après l'accouchement à terme; or, vous savez que, dans ces circonstances, les injections intra-utérines sont absolument indiquées et souvent héroïques.

Sans doute, le sublimé pourrait être utilisé, en injections intra-utérines pour combattre le vibrion septique et l'infection putride, mais une *pareille manière de faire serait particulièrement dangereuse* dans le cas qui nous occupe, car le placenta formant éponge, retiendrait une certaine quantité de la solution de sublimé, ce qui augmenterait les dangers d'intoxication par le sel mercuriel.

Aussi, lorsque vous venez de pratiquer une injection intra-utérine de sublimé, devez-vous, aussitôt après, faire une injection intra-utérine d'eau boriquée, pour enlever le sublimé qui, sans cela, pourrait rester dans l'utérus. Si, au lieu de sublimé, vous vous servez d'acide phénique, le lavage boriqué consécutif est inutile, car l'intoxication est alors moins à redouter.

Comparons ces deux manières de faire, en nous reportant aux expériences entreprises sur le vibrion septique, avec la flanelle albumineuse.

Si la flanelle infectée est plongée dans une solution de sublimé à 0,20 pour 1000, puis *lavée*, afin que l'action de l'antiseptique ne puisse se prolonger, on constate que 40 minutes d'immersion dans la solution mercurielle sont nécessaires pour tuer le vibrion septique et ses spores.

Une autre expérience, faite avec l'acide phénique à 20 p. 1000, a démontré que, si la flanelle, après avoir été plongée dans l'antiseptique, *ne subit pas de lavage consécutif*, il faut 10 minutes seulement pour tuer le vibrion septique et ses spores.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous convaincre qu'il résulte manifestement de ces expériences, que l'injection intra-utérine de sublimé, *suivie d'un lavage*, est quatre fois moins énergique que l'injection phéniquée *non suivie de lavage*. C'est uniquement par suite de cette considération, que je regarde l'acide phénique comme étant préférable au sublimé dans les cas de rétention placentaire. »

M. Tarnier donne ensuite le formulaire des solutions phéniquées.

La solution-mère d'acide phénique peut être faite avec de la glycérine.

A. phénique cristallisé.....	300 gr.
Glycérine.....	600 gr.

pour usage externe.

Ce liquide est plus riche en acide phénique, car la glycérine est plus dense que l'alcool.

J'ai dû insister sur ce point, car les gens du monde et même quelques médecins, se figurent qu'il suffit qu'un liquide, pour être

efficace, contienne un peu d'acide phénique. Ils versent donc quelques grammes d'une solution d'acide phénique dans une cuvette d'eau, et, comme cette eau répand l'odeur caractéristique du phénol, ils la décorent du nom de solution antiseptique, et l'emploient de confiance; mais ils sont loin d'avoir une solution ayant un pouvoir antiseptique véritable; là, où il faudrait 20 gr. d'acide phénique cristallisé par litre, il n'y a que quelques grammes d'une solution à un titre souvent faible.

On n'obtient rien de bon dans ces conditions ; prendre l'odeur de l'acide phénique comme critérium de son pouvoir antiseptique, c'est prendre l'ombre pour la proie.

Les solutions-mères sont souvent mesurées avec peu de précision par des gardes négligentes ; tantôt la quantité d'acide phénique est trop faible, tantôt elle est trop forte. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai pris l'habitude, dans la pratique civile, de faire préparer par des pharmaciens des petits flacons contenant chacun 20 gr. d'acide phénique, c'est-à-dire la quantité nécessaire pour obtenir un litre de solution à 20 p. 1000, et je prescris :

A. phénique cristallisé..... 20 gr.
Alcool ou glycérine..... 30 gr.

Pour usage externe.

Les gardes doivent verser dans un litre d'eau le contenu de l'un de ces flacons, et bien agiter le mélange. En comptant le nombre des flacons vides, le médecin peut donc savoir si ses prescriptions ont été scrupuleusement observées.»

Telles sont les raisons qui militent, d'après M. le professeur Tarnier, en faveur de l'acide phénique contre le sublimé chaque fois qu'on aura a combattre les accidents résultant d'une rétention partielle de l'œuf dans la cavité utérine.

A côté de ces raisons basées sur l'expérimentation et sur la clinique, il en est d'autres qui ont également leur importance. Nous voulons parler de la *sécurité des malades.* Il n'est pas de semaines ou nous n'ayons à enregistrer des accidents plus ou moins graves, quelquefois mortels, à la suite d'injections de sublimé dans la cavité utérine qui présente une énorme facilité d'absorption dans l'état puerpéral. Si l'on ajoute à cela les erreurs fréquentes de la part des personnes qui soignent les malades et peuvent injecter des solutions mercurielles dans le rectum, on conviendra, avec M. Tarnier, que les solutions phéniquées doivent avoir la préférence, sauf quelques rares exceptions.

Les formules de M. Tarnier sont toutes à base de glycérine ; ce sont, en somme, des *glyco-phéniques* tels que les avait préconisés Déclat il y a plus de vingt ans lorsqu'il a introduit ce précieux antiseptique dans la pratique.

Nous leur ferons cependant le reproche d'être un peu fortes, ce qui est un inconvénient pour la pratique de la ville. Nous leur préférons la formule qu'avait donnée Déclat lui-même et qui est

actuellement désignée sous le nom de *glyco-phénique*. Cette préparation, qui contient 10 °/₀ d'*acide phénique pur*. est plus commode à doser et expose moins à des accidents toxiques. C'est pour cette raison que nous lui donnons la préférence, non seulement en obstétrique et en gynécologie, mais encore dans tous les cas où il convient d'utiliser les propriétés antiseptiques et analgésiantes de l'acide phénique.

PÉDIATRIE

L'antipyrine dans la lactation. — Voici les conclusions de M. Fieux :

1° L'antipyrine passe certainement en nature dans le lait des nourrices.

2° Donnée à dose massive (2 cachets de 1 gramme à deux heures d'intervalle), elle commence à être décelée dans le lait, cinq, six, huit heures après l'ingestion, et n'y est plus retrouvée dix-neuf ou vingt-trois heures après. L'élimination dure donc dix-huit heures au maximum.

3° Pendant ce laps de temps, l'antipyrine ne passe dans le lait qu'en proportion extrêmement faible, et elle n'a atteint 5 centigrammes par litre de lait que dans les cas où 4 grammes d'antipyrine avaient été administrés en seize heures.

4° L'antipyrine n'influe en rien sur la qualité du lait et, en particulier, sur la lactose, la caséine et le beurre.

5° Elle ne paraît pas diminuer la sécrétion lactée, du moins, lorsque la femme continue l'allaitement.

6° De par l'absence de phénomènes généraux et de par l'examen des pesées, la quantité infinitésimale d'antipyrine absorbée par le nourrisson ne semble produire sur lui aucune action fâcheuse.

Nous pensons donc qu'on est autorisé à user de l'antipyrine chez les nourrices, à dose raisonnable, bien entendu, et, en particulier, pour combattre les tranchées utérines des nouvelles accouchées, qui cèdent facilement à des doses moins élevées que celles que nous avons administrées au cours de nos recherches.

La lithiase rénale de la première enfance. — La lithiase rénale de la première enfance paraît beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. M. le Dr du Camp d'Orgas, qui vient de publier une intéressante étude à ce sujet, nous apprend en effet que sur 170 autopsies, il a pu constater cette lithiase 40 fois, c'est-à-dire environ une fois sur cinq, ce qui est une proportion véritablement élevée. Mais ce qui ressort clairement de ces recherches, c'est la grande proportion de cas dans lesquels il existait de la gastro-entérite chez les enfants atteints de lithiase : aussi peut-on conclure de

là que cette affection est due à un vice de nutrition produit par des troubles digestifs.

Les symptômes de la lithiase rénale varient avec le volume, le nombre, la position et les propriétés physiques des calculs. Les concrétions, qui ont les dimensions d'un grain de sable, d'un gravier ou des dimensions encore moindres, peuvent ne provoquer chez les enfants aucun symptôme, si bien que souvent on est tout surpris de trouver une lithiase rénale à l'autopsie des enfants qui ont succombé à une autre affection. D'une façon générale, l'existence de la lithiase rénale peut passer inaperçue jusqu'au moment où le calcul rénal, en changeant de place, s'enclave dans l'uretère (Bokay).

Le meilleur signe clinique est fourni par l'examen de l'urine et il n'est pas étonnant que, vu la difficulté de l'examiner à cet âge, on la méconnaisse chez des enfants de quelques mois qui éprouvent de la difficulté et des douleurs avant ou après chaque miction et qui, malgré des épreintes violentes et fréquentes, n'arrivent qu'à expulser quelques gouttes d'urine. Comme ces enfants présentent, en outre, de l'agitation, on ne peut douter qu'il n'existe de la douleur, tandis que, pendant l'intervalle, tout rentre dans le calme. — « Si encore on peut observer, dans les langes, les endroits mouillés par l'urine, on les trouve plus foncés que normalement et leurs bords sont rougeâtres. Mais le vrai signe très important est constitué par l'émission du sable rouge ou jaune constitué par l'acide urique.

Mais le tableau change considérablement quand apparaissent les signes des coliques néphrétiques caractérisés par des cris, de l'agitation avec des périodes d'accalmie et de recrudescence.

Les nourrissons pleurent d'une façon incessante et tiennent leurs cuisses constamment fléchies contre le ventre. Dans les cas graves et particulièrement chez les enfants nerveux, le tableau peut se compliquer de convulsions cloniques ; les vomissements d'origine réflexe ne sont pas rares.

La durée de l'intensité de l'accès de coliques dépend moins du volume que de la surface rugueuse pointue du calcul [on sait que des calculs, relativement volumineux (Brault, Le Dentu, Tuffier), mais lisses, traversent les voies urinaires sans occasionner de douleurs notables].

L'état misérable amené par l'accès de coliques ne dure quelquefois que très peu de temps ; d'autres fois, il peut se prolonger, avec des rémissions, pendant des heures et des journées entières (Gibbons).

Quand l'accès est terminé, l'enfant se trouve débarrassé instantanément de sa torture : il survient un remarquable bien-être, et la diurèse, diminuée pendant l'accès se relève d'une façon surprenante. L'examen de l'urine montre alors, à côté d'une petite quantité d'albumine, la présence de cellules épithéliales des calices, mêlées avec des cellules mucoïdes et des cellules du pus ; dans le dé-

pôt, à côté d'un sédiment granuleux, on trouve souvent des concrétions assez volumineuses (Bokay, Eichhorst).

Les coliques néphrétiques reviennent d'ordinaire à plusieurs reprises. La durée des intervalles de repos est tantôt longue, tantôt courte. Barthez a signalé le cas d'une fillette qui eut trois accès de coliques en quelques mois.

Le diagnostic est basé surtout sur l'existence d'un sédiment urique dans l'urine, sur l'apparition périodique des coliques, s'il en existe, la rétention temporaire de l'urine qui les accompagne et, dans certains cas, les variations de la quantité d'urine, l'albuminurie et l'hématurie plus rare et qui peuvent apparaître sans accès de colique néphrétique.

L'examen complet de l'urine est donc nécessaire dans les cas douteux, et l'existence d'urates en excès sera un grand appoint pour le diagnostic.

La lithiase est d'ailleurs beaucoup plus bénigne dans la première enfance que chez l'adulte, il faut l'envisager comme une affection peu grave, si elle est bien soignée. Elle indique cependant un tempérament morbide très accusé (Comby).

L'apparition de la lithiase étant surtout en rapport avec les troubles digestifs, ce sont surtout ces derniers phénomènes qu'il faut combattre : aussi chez le nourrisson le meilleur procédé pour les éviter est la régularisation des repas, avec l'emploi de lait stérilisé. Les enfants ainsi alimentés ne présentent pas de lithiase rénale même quand on trouve de l'hérédité dans leurs ascendants.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvelle Canule Vaginale à double Courant.

Cette Canule à double courant consiste dans un cône A en caoutchouc souple, dont l'extrémité inférieure B est munie d'une large gouttière. Une ouverture C pratiquée au sommet du cône donne passage à une Canule de verre D, dont la partie postérieure D', légèrement coudée, sort du fond de l'instrument par une ouverture E. Cette Canule de verre forme le courant d'arrivée du liquide antiseptique, dont le retour s'effectue par 16 trous percés en biais sur les parois du cône vers une seconde tubulure de verre G, et un tube de caoutchouc, conduisant à un récipient quelconque, placé à côté du lit.

Maintenue en place par une légère pression de la main, elle ne laisse pas échapper de liquide.

Cette Canule facilite les injections après l'accouchement ou après les opérations vaginales, en permettant de supprimer le bassin, souvent difficile à placer sous une malade qui ne doit pas ou ne peut pas facilement se soulever. Avantage par là dans la

pratique des injections continues, qu'on peut faire sans fatiguer les malades, avantage encore pour les voyages, l'usage d'un bassin étant inutile et par conséquent les inconvénients de son transport. Il est facile au moyen de cette canule de faire séjourner dans la cavité vaginale pendant un temps indéfini les liquides que l'on voudra en quantité telle, si c'est indiqué, que les parois vaginales

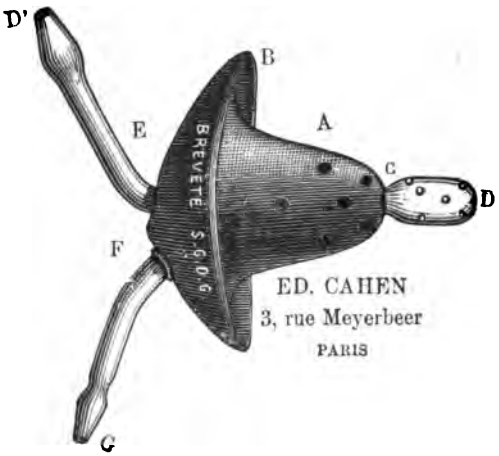


Fig. 1.

soient très distendues ; il suffit pour cela d'obturer par un moyen quelconque : doigt ou bouchon de caoutchouc, l'orifice G du tube de sortie. L'asepsie de la canule s'obtient soit par un séjour prolongé dans une solution, soit surtout par l'ébullition.

Cette canule se fait en trois grandeurs. (*Revue de Polytechnique médicale.*)

FORMULAIRE

Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

On a utilisé la formaline dans la cure de la blennorrhagie chez la femme.

Werler pratique avec succès 4 injections par jour d'une solution de 25 milligr. pour 200 grammes dans le canal de l'urèthre envahi par les gonocoques.

Voici quelques formules destinées à combattre la blennorrhagie :

M. Finger préconise les préparations suivantes contre les pollutions dans la blennorrhagie :

Camphre..... 2 décigr.
Mixture gommeuse 100 gram.

Mêlez. — A prendre toutes les deux heures la valeur d'une cuillerée à bouche.

Ou bien :

Lupulin pur..... 1 gramme.
Sucre blanc..... 2 —

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets dans la journée.

Ou bien :

Lupulin pur..... 1 gramme.
Chlorhydrate de morphine..... 5 centigr.
Sucre blanc..... 2 grammes.

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre trois de ces paquets par jour.

Ou encore :

Lupulin..... 1 gramme.
Camphre..... 1 décigr.
Extrait de lupulin. Q. S.

Pour faire pilules n° 10. A prendre six par jour.

Ou encore :

Poudre de feuilles de digitale..... 25 centigr.
Lupulin..... 1 gramme.

Mêler et diviser en dix paquets. A prendre le soir.

Ou encore :

Bromure de sodium... 10 à 15 grammes.
Camphre.. } ÂÂ 5 déc. à 15 cent.
Lupulin... }

Mêler et diviser en dix paquets. Prendre un de ces paquets matin et soir.

Ou bien :

Monobromure de camphre..4 gr.

Pour dix cachets. A prendre trois ou quatre cachets par jour.

L'antipyrine a également été vantée dans les mêmes circonstances comme antiaphrodisiaque et prescrite à la dose de 1 à 2 grammes ; de même encore le citrate de cornutine à la dose quotidienne de 6 milligr. en deux prises.

M. Marmonier utilise les tiges d'ichtyol dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. Il introduit chaque jour dans l'urèthre des malades une tige d'ichtyol et dans le vagin un tampon ichtyolé, sauf durant la période cataméniale. Voici le manuel opératoire :

« On se sert d'une tige métallique d'une longueur de 30 centimètres environ et droite, car l'urèthre de la femme décrit une courbure à concavité antérieure si légère qu'il permet l'introduction des instruments droits sans la moindre difficulté.

Une des extrémités de cette tige, plus fine sur une longueur d'environ 8 à 10 centimètres, est creusée de nombreuses encoches et hérissée d'aspérités qui permettent à la ouate dont on va la garnir d'y adhérer fortement et de ne pas rester dans le canal lorsqu'on retirera l'intrument.

La femme étant couchée sur le lit à spéculum ou sur le bord d'un lit, les deux jambes écartées, l'opérateur introduit un doigt dans le vagin, puis, la pulpe tournée en haut, il exerce une pression assez forte sur la cloison uréthro-vaginale en ramenant son doigt en dehors. Il fait sourdre ainsi au méat urinaire le pus contenu dans le canal et se rend compte du degré de la maladie et des effets du traitement. Puis, après avoir fait la toilette de la vulve et lavé soigneusement le vagin avec un liquide antiseptique, le doigt précédant toujours la canule et allant tendre et frotter doucement les moindres replis de la muqueuse, il faut procéder à l'introduction de la tige.

Celle-ci, garnie d'un manchon de ouate à son extrémité rugueuse, est trempée dans le glycéré suivant.

Glycérine..... 5 grammes.
Ichtyol..... 1 gramme.

Puis, tenant la tige de la main droite comme un porte-plume et pour plus de sécurité, ayant le pouce et l'index sur l'extrémité du manchon de ouate, on l'introduit dans l'urèthre comme une sonde de femme pendant que la main gauche écarte les lèvres et met à découvert le méat urinaire.

Se rappelant la légère concavité de l'urèthre, si l'instrument après avoir pénétré un peu, éprouve quelque difficulté à avancer, on abaissera légèrement le manche de la tige et celle-ci pénétrera sans difficulté dans la vessie.

L'ayant introduite d'environ 6 à 7 centimètres, il faut avoir soin de presser vigoureusement sur tout le contour de la paroi uréthrale, de manière à bien déplisser la muqueuse et à mettre le topique en rapport avec toute sa surface.

Enfin il faut introduire dans le vagin un tampon imbibé du même topique. On saisit le tampon imbibé dans son sens le plus long entre les deux branches d'une forte pince et, après l'avoir trempé dans le topique, on l'introduit dans le fond du vagin pendant que l'indicateur gauche déprime le périnée. » (*Revue de thérapeutique des maladies des femmes*, septembre 1897.)

VARIÉTÉ

SOUVENIRS D'UN PRATICIEN.— LA GYNÉCOLOGIE ET LA RELIGION.

J'ai conservé le souvenir d'un cas fort intéressant de persistance hyménéale qui présente, au point de vue religieux, quelques côtés pittoresques. Je vais en donner la primeur à mes lecteurs pour leurs étrennes.

Il y a quelques années, je reçus dans mon cabinet la visite d'un jeune couple qui venait me consulter parce que « *Dieu n'avait pas couronné leurs efforts conjugaux* ». Après huit ans de mariage, le ménage était infécond.

La femme était une vigoureuse et grosse Bretonne de 27 ans ; le mari, qui frisait la quarantaine, était fort bien découplé et semblait parfaitement apte à remplir les agréables devoirs qu'impose le mariage.

Un examen était nécessaire ; ma cliente s'y prêta volontiers, quoiqu'elle n'eût jamais été soumise à aucune épreuve de ce genre. Je veux d'abord pratiquer le toucher ; mais la première tentative d'intromission digitale donne lieu à une vive douleur ; l'index pénètre à environ 4 centimètres, puis se heurte à une bride, sinon infranchissable, du moins assez résistante pour nécessiter un examen *de visu* avant d'aller plus loin.

En écartant des petites lèvres longues et amincies, je découvre une fosse naviculaire exceptionnellement profonde, puis, à environ

quatre centimètres de la vulve, un hymen parfaitement intact. C'était un bourrelet annulaire épais et fibreux, qui permettait seulement l'intromission d'un cathéter uréthral.

— « Mais, madame, vous êtes encore vierge ; il n'est pas surprenant que vous n'ayez jamais eu d'enfants ! »

— « C'est impossible, monsieur le docteur ; mon mari a, deux fois par semaine, depuis sept ans, des rapports avec moi. »

Je dus interroger ce *mari-pendule*, qui, à jour et heure fixe, effectuait ses versements spermatiques.

C'était un brave Breton, sans malice, très pieux et très méthodique. Il me dit que le soir même de son mariage, il avait eu des rapports avec sa femme ; la pauvrette souffrit beaucoup ; mais il n'en persista pas moins à réitérer l'acte deux fois par semaine. Elle souffrait chaque fois, mais elle avait fini par s'y habituer. Aujourd'hui cela allait à peu près ; il avait seulement remarqué que son membre viril ne pénétrait pas très profondément. « J'ai bien parfois pensé qu'elle n'était pas faite comme les autres ; ELLE N'EST PAS PROFONDE ; c'est pour ça que je vous l'amène. »

Le cas, en effet, était fort simple et j'en avais déjà vu bon nombre de semblables. Lors des premiers rapprochements sexuels la femme souffre souvent de vaginisme ; les tentatives d'intromission ne sont pas toujours faites avec les ménagements nécessaires et la blessée (l'*Eternelle blessée* des poètes) prend le coït en aversion. On recommence au bout de quelque temps ; le mari, plus délicat, veut cette fois ménager sa femme qui se laisse faire *par devoir*. Dans la crainte de faire des dégâts il se contente de pénétrer dans la fosse naviculaire où l'éjaculation a lieu.

Ce qui n'était d'abord qu'une nécessité devient une habitude ; la fosse naviculaire est agrandie ; l'hymen est refoulé et il se crée ainsi un vagin artificiel, suffisant pour permettre un coït, et dont les époux finissent par se contenter.

C'est ce qui était arrivé à mon couple breton auquel je tins le langage suivant :

« Vous ne pouvez avoir d'enfant dans l'état où est madame, puisqu'elle n'est pas encore déflorée ; les rapports sexuels n'ont jamais été complets et le sperme n'est pas déposé dans le vagin. Il est probable que votre femme ne pourra avoir d'enfants que lorsqu'on aura fait disparaître l'obstacle qui s'oppose à la fécondation. Il faut pour cela faire une petite opération. Madame sera endormie, je dilaterai l'hymen, je ferai au besoin une section et vous pourrez ensuite avoir des rapports normaux qui seront probablement féconds. »

Les conjoints se regardèrent. Le mot d'*opération* ne plaisait guère à madame ; ils se consultèrent un instant, puis me dirent qu'ils repasseraient plus tard pour se faire opérer.

On sait ce que cela veut dire ; quand le malade n'est pas empoigné immédiatement par l'idée opératoire, il ne revient jamais.

Je ne pensais plus à ces clients, lorsque je vis apparaître il y a un

an ma grosse Bretonne. Elle était seule cette fois et avait laissé son mari au pays.

— « Monsieur le docteur, me dit-elle, vous voyez une femme bien malheureuse ; depuis dix-huit mois que vous m'avez donné votre consultation, *je n'ai pas pu faire mes Pâques.*

— Comment ! Et pourquoi ?

— Lorsque que je suis allé me confesser, mon directeur m'a demandé pourquoi mon mariage n'était pas sanctifié par la maternité ; je lui ai dit que mon mari ne pouvait *pénétrer en moi* (sic) et qu'un médecin de Paris m'avait dit que je ne pourrais avoir des enfants que si on m'opérait.

Mon confesseur m'a dit qu'il ne pouvait me donner l'absolution tant que je resterais dans cet état ; une femme doit satisfaire au devoir conjugal ; tout rapport sexuel incomplet est un péché ; c'est de la masturbation.

Je pensais que ce prêtre était trop sévère et je m'adressai aux dominicains dont la chapelle était près de chez nous. Ce fut la même chose. « Faites-vous opérer, puisque le médecin de Paris a dit que l'opération vous rendrait apte à la fécondation, je vous refuse l'absolution. »

Je m'adressai à un Barnabite ; même langage, même refus d'absolution.

Enfin, j'avais entendu dire par une de mes amies que les pères jésuites étaient très coulants sur ces sortes de choses. Je m'adressai au père X..., qui est réputé dans notre ville. Il fut plus sévère encore que les autres : « Comment, me dit-il, pouvez-vous rester dans cet état ; tout rapport sexuel qui n'a pas pour but la procréation est une *bestialité.* Je vous refuse l'absolution. »

Enfin, Monsieur le docteur, je n'ai pu faire mes Pâques et voilà dix-huit mois que je n'ai pu approcher de la Sainte-Table. Je viens vous prier de sauver mon âme et de m'opérer au plus tôt. »

Le désir de ma cliente était facile à satisfaire. Je pris jour pour le lendemain. Pendant l'anesthésie, l'hymen fut sectionné, le vagin dilaté et tamponné avec de la gaze iodoformée. Quinze jours plus tard elle regagnait sa Bretagne, avec les instructions nécessaires pour permettre à son mari un coït complet et normal.

Je touchai de forts jolis honoraires et je viens de recevoir une charmante lettre m'annonçant la naissance d'une petite fille.

Voilà comment, chers confrères, la Religion peut venir en aide à la gynécologie. Si cette femme n'avait été une pieuse dévote, je ne l'aurai jamais opérée ; elle n'aurait pas eu d'enfants et..... je n'aurais pas palpé.

Pensez à cela, nombreux médecins parpaillots et libres-penseurs !

Dr MINIME.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

DU TRAITEMENT DES MÉTRITES ET PARTICULIÈREMENT DE L'ENDOMÉTRITE CERVICALE BLENNORRHAGIQUE PAR LES APPLICATIONS LOCALES D'ESSENCE DE WINTERGREEN,

Par M. le Dr F. Jouin.

C'est aux travaux si remarquables des Docteurs G. Linossier et Lannois, tous les deux professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Lyon, sur les applications locales du salicylate de méthyle (1) que nous devons rapporter notre idée de traiter par l'essence de wintergreen la métrite en général, et particulièrement l'endométrite blennorrhagique.

Comme tous les gynécologistes nous avions été frappé de la tenacité de la blennorrhagie cervicale et de sa résistance aux injections et même aux cautérisations locales.

Une de nos clientes, à ce point de vue, nous avait donné l'occasion d'observer un cas de ce genre absolument typique.

Cette femme, mariée et mère de famille, âgée de trente ans, avait contracté la blennorrhagie à une époque qu'il me fut impossible de déterminer, sa vie génitale étant des plus irrégulières. Epouse d'un vieillard, et depuis longtemps séparée de fait de son mari, elle eut successivement plusieurs liaisons et avait contaminé, nous avoua-t-elle, ses trois derniers amants. Elle venait donc nous consulter pour être débarrassée de « l'acrété d'humeurs » qui la rendait si dangereuse à ses correspondants intimes.

Nous n'eûmes pas de mal à diagnostiquer la blennorrhagie chronique dont cette malade était affectée. L'urèthre était sain, également les glandes préuréthrales n'offraient aucun signe d'inflammation. Mais le col était le siège d'une suppuration caractéristique, et l'examen de ses sécrétions, en décelant l'existence du gonocoque pathogène, ne pouvait laisser de doute.

Nous essayâmes d'abord des cautérisations simples et des injections au permanganate de potasse. Le résultat fut apparemment satisfaisant. Les microbes disparurent et l'organe accusa un aspect normal.

Mais à quelques mois la malade nous revint désolée. Elle avait encore contaminé son amant. De fait la sécrétion cervicale était

(1) 1° De l'absorption des médicaments par la peau saine, application à la méthode salicylée. (Extrait du *Bulletin général de thérapeutique*, 1896.)
2° Traitement du rhumatisme par les applications locales du salicylate de méthyle (Communication au Congrès de médecine de Nancy), etc., etc.

de nouveau apparente et l'examen microbiologique accusait le retour du tenace gonocoque. Nous conseillâmes l'opération de Schrœder. Mais, en raison de sa situation conjugale, la malade la refusa très catégoriquement. Nous recommençâmes, en les prolongeant, les cautérisations à la créosote et au chlorure de zinc. Deux nouvelles guérisons apparentes furent suivies deux fois de rechute.

C'est alors que, méditant les travaux des jeunes professeurs de Lyon, fort d'ailleurs des résultats que la méthode par les applications locales de salicylate de méthyle nous avait donnés personnellement dans deux cas de rhumatisme *blennorrhagique*, vaguement frappé par ce fait que le médicament paraissait agir sur le rhumatisme gonococcique pour ainsi dire d'une façon spécifique, nous eûmes la pensée de porter directement sur le col malade de l'essence de wintergreen.

Si elle agit, pensions-nous, sur le microbe extérieur, du moment où elle possède la propriété de pénétrer les tissus, elle l'atteindra jusque dans ses repaires, dans ces culs-de-sac glandulaires où il séjourne quand on le croit disparu pour reparaître sous l'influence de toutes les causes énumérées dans la célèbre formule de Ricord.

Voulant tâter le terrain, et craignant de déterminer une action trop vive, nous coupâmes l'essence de deux tiers d'alcool rectifié. Le résultat immédiat fut si satisfaisant qu'après trois applications il ne restait plus de gonocoques à l'examen des sécrétions. Supprimant l'alcool devant l'innocuité de nos badigeonnages nous finîmes par faire dans l'utérus de véritables injections d'essence que nous fixions en place avec un petit tampon cervical bien enduit de vaseline boriquée.

La guérison complète fut obtenue en moins de deux mois, à raison de deux cautérisations par semaine, et depuis, elle ne s'est jamais démentie, bien que le col ait été soumis à des excitations aussi multiples que variées.

Très frappé par la rapidité du résultat obtenu, nous nous empressâmes de soumettre à cette thérapeutique nouvelle les cas analogues qu'il nous fut donné de traiter.

Nos observations sont actuellement au nombre de 8 et, bien que restreintes, elles nous paraissent suffisantes pour nous permettre d'établir une conviction scientifique. Hâtons-nous d'ajouter que, généralisant la méthode, nous avons cru pouvoir l'appliquer à tous les cas de métrite. L'avenir nous permettra sans doute de déterminer ceux qui en relèvent particulièrement.

Donc 6 de ces observations seulement ont été relevées au cours

de la blennorrhagie. Chez 2 de nos malades, nous n'avons pu constater à aucun moment la présence du gonocoque.

Voici, d'ailleurs, les faits succinctement résumés.

Obs II. — Célibataire de 29 ans. Blennorrhagie de l'urèthre, des glandes préuréthrales, du cul-de-sac postérieur du vagin et du col. Rien dans les annexes. L'état pathologique remonte à 6 mois. Soignée par un confrère qui a fait, me dit-on, des cautérisations, appliqué des tampons et ordonné des injections boriquées, la malade m'est adressée par un amant qui a été contaminé. J'obtiens la disparition des gonocoques en 6 séances, faites à raison de 2 séances par semaine. Les rapports ont été repris sans inconvénient ni pour la malade, ni pour le titulaire actuel de ses faveurs (mai et juin 1897).

Obs. III (mai et juin 1897). — Jeune femme mariée depuis six mois. A été contaminée dans les premiers jours de sa vie conjugale. La blennorrhagie, apportée par l'époux dans la communauté, a déterminé une métrite subaiguë avec gonocoques abondants sur la muqueuse cervicale. Uréthrite dans laquelle on ne trouve pas le microbe pathogène.

La malade guérit en 4 semaines. J'ai pratiqué pendant ce temps 10 cautérisations du col, 8 à l'essence de wintergreen coupée par moitié d'alcool, 2 à l'essence pure. 3 cautérisations de l'urèthre ont suffi pour tarir sa sécrétion. La malade commence actuellement une grossesse. Plus de gonocoque à l'examen des sécrétions cervicales, trois mois après la dernière cautérisation.

Obs. IV. — Femme de 34 ans, mariée depuis dix ans. Stérile du fait d'une blennorrhagie ancienne contractée avec son mari dans les premiers temps de la vie conjugale. Trompes volumineuses et sensibles à la pression, mais ne déterminant pas de symptômes subjectifs pénibles. J'avais traité sans résultat cette malade il y a 4 ans pour sa stérilité certainement sous la dépendance de l'état salpingien.

Elle vint me revoir en juin dernier avec une nouvelle blennorrhagie aiguë. Il s'agit bien d'une nouvelle maladie. Le mari a fait spontanément les aveux les plus complets. Le vagin et le col sont le siège principal de l'infection.

Je prescris des injections de permanganate de potasse, des capsules de salol-santal et des bains.

Après 8 jours de traitement, je pratique les badigeonnages salicylés, toujours à raison d'une application tous les trois ou quatre jours, et j'obtiens la guérison en moins d'un mois (7 cau-

térisations). Les époux ont repris leurs rapports conjugaux sans en éprouver le moindre inconvénient (juin-juillet 1897).

Enfin, une autre malade après quatre cautérisations nous a écrit qu'elle était complètement guérie (opinion que nous ne saurions partager) et n'est pas revenue se faire examiner.

Tels sont les faits, très positifs, on le voit, qu'il nous a été donné d'observer.

Comment peut-on les expliquer ?

Dans leurs travaux, dans leurs nombreuses communications sur le sujet, les Docteurs G. Linossier et Lannois nous montrent que « les corps volatils, et notamment ceux qui, malgré un point d'ébullition élevé, possèdent une certaine tension de vapeurs à la température ordinaire, peuvent être absorbés par la peau saine bien au-delà des doses thérapeutiques usuelles », c'est-à-dire en somme dans des proportions considérables.

Or, c'est précisément ce qui se passe pour le salicylate de méthyle, qui constitue, on le sait, les neuf dixièmes de l'essence de wintergreen commerciale.

Bien qu'il présente un point d'ébulition élevé (222°), il émet des vapeurs à basse température, comme il est facile de s'en rendre compte, en suspendant à quelque distance de la surface du liquide un papier imprégné de perchlorure de fer.

Ces vapeurs sont absorbées par la peau et cela si rapidement qu'au bout d'une demi-heure d'application, il est possible d'extraire de l'urine des traces non contestables d'acide salicylique.

Elles le sont également par les muqueuses, et la logique nous indique comme la clinique nous montre qu'elles imprègnent l'organisme en se diffusant d'abord dans la région sur laquelle le salicylate de méthyle est appliqué. Par exemple, pour le rhumatisme, en plus de la détente générale, on observe toujours très particulièrement la sédation de l'articulation sur laquelle on verse l'agent thérapeutique.

De ces faits à la conclusion que l'essence de wintergreen traverse toute la muqueuse cervicale infectée, l'imbibe de ses vapeurs, pénètre jusqu'à l'extrémité terminale des culs-de-sac glandulaires, il n'y avait qu'un pas.

Ce pas, nous l'avons franchi et la clinique ratifie certainement nos prévisions.

Maintenant, quelle est l'action spéciale, spécifique même, dirons-nous, du salicylate de méthyle sur le gonocoque ? Nous l'ignorons, mais il était logique de la supposer efficace, car d'autres dérivés de l'acide salicylique très voisins du salicylate de méthyle sont d'excellents antiblennorrhagiques.

Quoi qu'il en soit, nous avions été frappé de la guérison rapide de 2 cas d'arthrite blennorhagique indiqués dans la communication au congrès de Nancy des docteurs G. Linossier et M. Lannois. Deux faits absolument identiques observés dans notre clientèle nous avaient encore confirmé dans cette idée que le salicylate de méthyle pourrait avoir sur le gonocoque une action spécifique.

Nous devons enfin au Dr Linossier la communication d'un travail très court, mais très intéressant, du Dr Duquaire à la Société nationale de médecine de Lyon, et qui confirme cliniquement encore cette vue théorique, puisque, avec une injection de salicylate de méthyle au centième, notre confrère peut obtenir chez un homme en cinq jours la guérison d'une uréthrite blennorrhagique.

Notons, en passant, qu'élève de Linossier, le jeune médecin Lyonnais avait été amené à recourir à cette méthode par les considérations théoriques qui ont guidé nos propres expériences cliniques.

Il est donc inutile d'insister plus longuement sur les raisons qui nous autorisaient à pratiquer ces recherches.

C'est empiriquement que nous avons été amené à appliquer notre méthode aux autres cas non blennorrhagiques que nous venons d'indiquer. L'acide salicylique est un antiseptique désinfectant de premier ordre ; il donne les meilleurs résultats à Jules Simon en applications locales dans tous les faits d'angine. Il n'était donc pas illogique de l'employer contre les endométrites et les salpingites de nature microbienne indéterminée.

L'expérience était d'autant plus légitime que nous ne possédons aucun autre moyen de faire pénétrer dans une trompe dilatée, et malade par conséquent, un antiseptique quelconque sans en pratiquer au moins la ponction.

La clinique encore à ce point de vue semble répondre victorieusement à la théorie.

Ajoutons enfin que les vapeurs dégagées à 40°, au contact du corps non seulement pénètrent la muqueuse, mais peuvent arriver dans la cavité utérine, voire même dans les trompes, à l'instar des vapeurs de brome conseillées par notre collègue Nitot.

Voilà, on en conviendra, bien des raisons pour expliquer les résultats que nous avons eu la satisfaction d'enregistrer.

Maintenant, comment doit-on appliquer l'essence de wintergreen ?

Quand on voit le succès obtenu par Duquaire avec une injection de salicylate de méthyle au centième, on se demande s'il est

besoin de recourir comme nous à l'essence de wintergreen pure. Mais quand on songe au but cherché, c'est-à-dire à la pénétration d'une quantité appréciable du médicament à travers les tissus, et à l'innocuité complète des applications locales, on comprend mieux les doses que nous avons adoptées dès le principe.

Cependant nous avons procédé avec prudence, et en explorant un peu la sensibilité de la région à l'action thérapeutique nouvelle que nous expérimentions. Comme excipient, nous avons préféré l'alcool pur aux corps gras, ne voulant en rien entraver la vaporisation du salicylate de méthyle.

Dans le principe nous commençons toujours par l'usage de mélanges. Puis, quand nous avons constaté qu'ils sont bien supportés, nous diminuons rapidement la proportion d'alcool pour arriver aux badigeonnages d'essence de wintergreen pure.

Nous la déposons avec un pinceau sur la muqueuse dans l'utérus, sur les culs-de-sac à l'entrée des glandes préuréthrales, à l'entrée de l'urèthre même, nous gardant bien d'essuyer l'organe après l'application, fermant même la matrice quand la chose est possible avec un petit tampon d'ouate enduit de vaseline boriquée.

Il nous a semblé que deux applications par semaine pouvaient suffire pour amener une guérison rapide.

Mais dans les cas pressés on peut recourir à une application tous les deux jours et même à un badigeonnage quotidien.

Dans les cas de salpingite nous portons le liquide au voisinage de la trompe malade qui, presque toujours, on le sait, vient saillir dans un des culs-de-sac vaginaux.

La méthode est nouvelle. Elle repose sur une conception théorique certainement très rationnelle. Les quelques faits que nous venons d'énumérer peuvent être considérés comme favorables.

Espérons que l'avenir ratifiera les conclusions qui se dégagent de ce premier travail sur le sujet. (*Société obstétricale et gynécologie de Paris.*)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'APPENDICITE

Par M. Doléris.

(*Suite et fin, voir le n° précédent.*)

Bouilly, dans son mémoire, dit « que les antécédents sur le passé abdominal génital peuvent ne rien apprendre s'il s'agit de la première atteinte et si cette atteinte n'a été précédée d'aucun phénomène particulier soit du côté du tube digestif, soit du côté utérin ou péri-utérin, ce qui est fréquent ». Cette vue répond,

pour l'infirmer en apparence, à un argument invoqué par moi et que je viens de rappeler. Je crois avoir été incomplètement ou mal compris. J'ai dit, en effet, qu'une première atteinte d'annexite peut servir à élucider le diagnostic, mais j'ai précisé en disant que forcément cette lésion serait pelvienne et se présenterait avec des symptômes pelviens, accessibles par conséquent à l'examen direct par le toucher vaginal et rectal — que si le siège était lombo-abdominal sans participation des organes pelviens révélée par l'examen direct, l'hypothèse serait en faveur de l'appendicite, car dans cette région élevée, l'annexite ne saurait siéger à moins d'une atteinte préalable, ancienne ou récente contemporaine du puerperium. Seule, en effet, la gestation peut expliquer ce siège anormal des annexes dans la région lombo-iliaque, loin du plancher pelvien et seule une inflammation datant des premiers jours des couches peut les atteindre et les fixer en cet endroit où de nouvelles poussées peuvent les reproduire.

Donc en dehors de ce commémoratif, une lésion douteuse, à allure aiguë ou subaiguë, ayant son siège loin du bassin et non accessible au toucher, doit, même lors de son apparition première, faire nécessairement pencher le diagnostic vers l'appendicite.

Là où je suis bien d'accord avec M. Bouilly, c'est lorsqu'il précise que l'annexite n'est que très rarement susceptible de provoquer les accidents foudroyants caractéristiques de la perforation brusque de l'appendice.

Quoi qu'il en soit, voici une observation qui démontre que cette tendance à mettre en cause l'appendice cœcal alors qu'il s'agit d'inflammation des annexes est très réelle en ce moment.

Mme X., 24 ans, unipare, neurasthénique, fatiguée par un long séjour dans l'Inde, où elle a contracté une gastro-entérite rebelle, me consulte à Paris sur les conseils du Dr Austin, en janvier 1892. Elle est affectée de cervicite chronique, prolapsus utérin avec colpocèle double, lacération du périnée et déclivité des annexes, douloureuses et adhérentes du côté droit. Un savant confrère de Paris avait conseillé une opération radicale.

Je tentai la cure conservatrice d'après une thérapeutique intra-utérine suivie de bons effets ; je pratiquai l'ablation plastique du col, la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie le 26 février 1892.

Suites normales, amélioration et finalement guérison.

De temps à autre, au moment des règles, légères douleurs du côté droit, surtout quand la malade, qui menait une vie mondaine et agitée, se fatiguait outre mesure. Quand elle menait une vie calme et renonçait à l'équitation, elle se portait vraiment très

bien ; l'examen ne révélait plus aucune lésion annexielle, ce qui ne prouve pas que l'ovaire autrefois malade et adhérent avait dû conserver des altérations de structure (sclérose) susceptibles de rendre parfois la ponte douloureuse. L'hygiène était d'ailleurs assez mal observée et de temps à autre, pour des causes d'ordre psychique, il y avait de véritables crises de neurasthénie.

En novembre 1895, cet état s'accentuait ; il y avait de l'atonie gastro-intestinale, avec distension habituelle de l'abdomen, constipation opiniâtre, langue saburrale, spasmes douloureux dans la musculature du ventre.

Mme X. raconte qu'en avril dernier après une période de surmenage où des excès de bicyclettes paraissaient avoir une grande part, elle a été affectée d'hémorrhoïdes, de pesanteur dans le ventre, de recto-colite muco-membraneuse accompagnée de douleurs abdominales et de dyspepsie. Elle est allée à Vichy. L'utérus est abaissé ; le col gros, il y a de la leucorrhée et des symptômes, d'hématocèle discrète à droite, sans fièvre mais douloureuse à évolution rapide.

Je vois Mme X. en consultation avec M. Robin, mon collègue à la Pitié. Tout est rapporté alors à l'état gastro-intestinal et un traitement est prescrit. Grande amélioration. L'année 1896 se passe bien.

En février 1897, surmenage. Une crise douloureuse aiguë se produit dans le côté droit du ventre un peu avant les règles, qui dure 10 jours et exige le repos ; le ventre est modérément distendu, sensible ; pas de vomissements, pas de constipation exagérée, la malade ayant pris l'habitude d'éviter cet accident par l'obéissance rigoureuse aux prescriptions qui lui avaient été faites en 1895.

La fièvre était modérée, mais la langue très saburrale, l'haleine fétide et les urines chargées de sédiments.

Le médecin traitant diagnostiqua coliques néphrétiques avec troubles intestinaux.

Le repos est une médication fort simple firent disparaître cette première crise.

En juillet deuxième atteinte. La malade était à Londres. Les douleurs très aiguës furent précédés d'une période de malaise, pendant laquelle l'alimentation était très modérée et consistait presque exclusivement en lait et bouillons. La forme paroxystique des douleurs à droite, l'état nauséeux au moment du réveil, la tension modérée du ventre sans constipation, l'excitation nerveuse, la recrudescence de l'état saburral de la langue et sa persistance malgré un purgatif, un mouvement fébrile assez marqué, caractérisaient cette nouvelle crise.

Le Dr W., très réputé à Londres pour les affections gastro-intestinales et qui a soigné Mme X. à plusieurs reprises, est consulté, pratique le toucher vaginal et un examen complet, observe la malade, diagnostique une *appendicite aiguë*, ordonne le repos absolu et déclare qu'il y a lieu de pratiquer une opération sur l'abdomen. Les règles apparaissent cependant sans produire d'amélioration.

Un chirurgien connu et éprouvé, le Dr Br., est consulté et confirme le diagnostic et l'indication opératoire formulés par le Dr W.

La malade passe l'été à Dieppe où elle consulte encore le Dr Hurpy. Ce confrère, qui était au courant du passé pathologique de Mme X, reste indécis et penche plutôt pour une lésion annexielle.

Je suis consulté à mon tour, au commencement de septembre dernier. L'examen du bassin ne révèle aucune lésion accentuée. Très haut à droite, existe une zone un peu douloureuse et empâtée. La douleur s'irradie vers le cœcum et la région épigastrique. Je ne reconnais aucune lésion précise du côté de l'appendice. Je témoigne un doute quant à l'altération de cet organe et je maintiens l'opinion qu'il s'agit de crises de dysménorrhée d'origine ovarienne liées à la névropathie, malgré les avis opposés.

Il fallait compter avec l'état moral de la malade et de son entourage. L'idée qu'une crise nouvelle pouvait être fatale, suggérée avec insistance par les premiers consultants, hantait l'esprit de tout le monde et à aucun prix on ne voulait l'attendre.

Sous bénéfice d'inventaire, j'acceptai de faire la laparotomie conseillée à Londres, en réservant de me limiter à l'intervention qui serait nettement indiquée par la nature et le siège des lésions. Toutefois, je dus accepter la mission d'enlever l'appendice cœcal, fût-ce à titre prophylactique.

L'opération a eu lieu le 5 octobre. La malade souffrait toujours, quoique avec moins de violence ; le facies était pâle, les traits tirés, l'état général paraissait peu satisfaisant. Pas de fièvre. Les règles ne devaient arriver que huit jours plus tard.

Incision abdominale médiane très courte. Le cœcum est facilement amené dans la plaie. L'appendice est long de 10 centimètres, régulièrement cylindrique, de volume et de calibre normaux. Il est pourvu d'un mésentère inséré sur toute sa longueur, de sa base à son extrémité, de sorte qu'il ne jouit que d'une mobilité restreinte. Appendice et mésentère sont parfaitement normaux. Tout au plus voit-on un peu de vascularisation sur un point du meso. Mais il n'y a aucune trace d'exsudat, aucune adhérence. Je pratique la résection de l'appendice.

L'utérus est normal. Les annexes gauches normales également; l'ovaire un peu gros, mais point déformé ni bosselé.

A droite, au contraire, les annexes sont malades. La trompe, allongée et vascularisée sans adhérences ni sécrétion suspecte, avec une muqueuse légèrement épaissie, un pavillon ouvert, et des franges courtes, rapetissées et épaissies.

L'ovaire est gros comme un œuf de pigeon, logé haut dans sa loge habituelle, mais accolé à la face postérieure du ligament large. Son pédicule est court et épais. L'organe enlevé avec quelque peine en même temps que la trompe est examinée aussitôt. Il est, pour un tiers, constitué par un kyste hématique, renfermant un caillot dense, rouge grisâtre décoloré à son centre, du volume d'une grosse noisette. La paroi qui entoure sa surface libre est épaisse d'un millimètre, résistante, dense. En pratiquant des coupes, je trouve un second follicule apoplectique, beaucoup plus petit et plus récent.

Les suites de l'opération ont été fort simples.

Il est donc facile de reconstituer la pathogénie des douleurs intermittentes, avec crises paroxystiques, éprouvées par Mme X. Tout démontre qu'elles sont uniquement attribuables à un état névropathique caractérisé par des névralgies erratiques internes survenant par périodes, ayant simulé des coliques néphrétiques, de l'appendicite et finalement les lésions réelles étaient caractérisées par les symptômes de la ponte douloureuse propre aux ovaires scléreux avec folliculite ovarienne apoplectique. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

SUR UNE MODIFICATION AU PESSAIRE DE HODGE DANS LES RÉTROVERSIONS COMPLIQUÉES DE LATÉROVERSION,

Par M. Batuaud.

Lorsque j'ai obtenu la mobilisation de l'utérus primitivement en rétroversion ou en rétroflexion, j'ai souvent recours au pessaire de Hodge pour maintenir la réduction de l'utérus en position normale. Lorsque ce pessaire est appliqué après mobilisation complète et après reposition de l'utérus, il remplit généralement très bien l'indication de maintenir l'organe en antéversion physiologique. Néanmoins, quelquefois, je l'ai vu se montrer insuffisant à assurer une bonne contention de l'utérus et voici comment les choses se présentaient en pareil cas :

Chez des malades atteintes de rétrodéviations mobiles ou de rétrodéviations d'abord plus ou moins fixes, mais mobilisées par un traitement approprié, je réduisais l'utérus en antéversion et je plaçais, séance tenante, un pessaire de Hodge.

Les malades se trouvaient immédiatement soulagées : plus de pression sur le fondement, plus de lourdeur dans le bas-ventre,

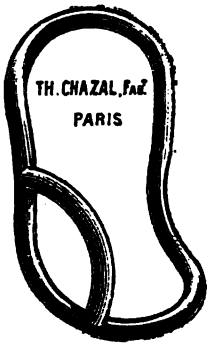
plus de tiraillement au niveau des aines. Elles marchaient facilement et sans fatigue, ce qu'elles ne pouvaient faire auparavant.

Pendant les premiers jours, tout continuait à aller très bien ; mais, peu à peu, les malaises réapparaissaient et les malades revenaient me trouver, se plaignant d'être, de nouveau, à peu près dans le même état qu'avant l'application du pessaire.

En examinant ces malades, je constatais alors sans peine que le pessaire de Hodge avait bien empêché la reproduction de la rétrodéviation, mais que le corps utérin s'était incliné plus ou moins fortement sur un des côtés, à gauche le plus souvent.

J'essayais alors de mettre un anneau plus grand, pensant que le pessaire que j'avais mis, avait pu tourner plus ou moins, ou encore j'élargissais les pessaires que je venais de retirer, jusqu'à ce que ses branches latérales vinssent exactement au contact des bords du vagin. Peine perdue ; au bout de quelques jours la latéroversion s'était reproduite.

C'est alors que j'eus l'idée, sans m'entêter à essayer une série de pessaires de plus en plus grands qui n'auraient pas été tolérés sans douleur, à modifier le pessaire de Hodge en lui adjoignant un *épaulement latéral* partant du bord gauche (puisqu'il s'agissait le plus souvent de latéroversion gauche) de la branche postérieure du pessaire pour aller, en arc de cercle, au tiers antérieur de la branche latérale correspondante.



Ce pessaire à épaulement latéral a bien maintenu l'utérus qui ne s'est plus déplacé désormais ni en arrière, ni sur le côté. Au bout de quelques mois, les résultats définitifs étaient acquis et le pessaire pouvait être supprimé.

Cette modification aux pessaires de Hodge m'a semblé intéressante en raison des services qu'elle peut rendre dans les cas dont je viens de parler et dans les *latéroversions en général*, c'est pourquoi je me suis permis de vous la décrire aujourd'hui.

Les faits auxquels je viens de faire allusion se rapportaient presque tous à des nullipares, ayant par conséquent un périnée intact, ce qui prouve bien qu'on a exagéré l'importance du rôle que l'on attribue à la déchirure du périnée dans la pathogénie des rétrodéviations. Ce qui nous confirme du reste dans cette opinion, c'est que j'ai vu également des périnéorrhaphies très correctes qui n'avaient nullement empêché la rétroversion de persister sans amélioration appréciable. Enfin, nous voyons, tous les jours, des femnes qui portent, depuis longtemps, des déchirures du périnée parfois très étendues et qui conservent leur utérus en très bonne position.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES MÉTRITES PAR L'OXYCHLORURE D'ARGENT OBTENU PAR VOIE D'ÉLECTROLYSE, ET SUR L'EMPLOI DES VAPEURS DE BROME,

Par le Dr Boisseau du Rocher.

Parlant de l'électrolyse médicamenteuse, M. Nitot (1) conclut en disant : « Ces moyens sont certainement ingénieux, mais ils ont « l'inconvénient de ne produire leur action modificatrice sur la « muqueuse qu'aux points de contact de la sonde, sans pouvoir « l'étendre suffisamment à toutes les anfractuosités, et même à « tous les points de la cavité utérine, faute d'un certain degré de « diffusibilité nécessaire. »

Il y a dans cette affirmation une erreur manifeste, je le répète, en contradiction d'abord avec les données physiques de l'électrolyse, très connues aujourd'hui, en contradiction aussi avec cet autre fait, reconnu exact par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, à savoir que le courant intervient dans une large part dans les phénomènes de diffusion ; en contradiction enfin avec les données physiologiques. L'on sait, en effet, combien est rapide la diffusion des médicaments introduits dans l'économie, soit par voie hypodermique, soit par une plaie cutanée. L'histoire des cystites cantharidiennes en fait foi. Bien que, par l'électrolyse, il y ait introduction du médicament sans effraction, je vous montrerai tout à l'heure l'analogie de ces deux ordres de faits.

L'électrolyse médicamenteuse dans les métrites est basée tout entière sur des notions de physique que je n'avais pas cru devoir rappeler, parce que les phénomènes de l'électrolyse sont largement utilisés dans l'industrie des métaux, et sont, par conséquent, connus depuis longtemps.

L'une des méthodes, en effet, employées pour l'argenture galvanique, consiste à plonger dans une solution convenable l'objet à recouvrir d'argent relié au pôle négatif d'une pile ; une tige ou une lame d'argent, reliée au pôle positif, et placée en regard, dans la solution, représente l'électrode soluble. Cette électrode soluble, imaginée par Jacobi en 1849, se détruit au fur et à mesure que se fait le dépôt d'argent sur *toute la surface de l'électrode négative*, par suite des phénomènes de *transfert* qui s'opèrent au sein du liquide.

L'électrolyse faite avec une tige d'argent dans la cavité utérine donne lieu à des phénomènes analogues. La seule différence est que l'électrolyse se fait aux dépens du chlorure de sodium contenu dans les liquides de l'économie, par conséquent dans l'épaisseur de la muqueuse utérine elle-même, et dans les parties sous-jacentes. La tige d'argent, en effet, reliée au pôle positif, devient de plus en plus adhérente à la muqueuse, à mesure que s'opèrent les décompositions électro-chimiques, au point qu'il est impossi-

(1) Voir le n° 12, 1897.

ble de la retirer sans faire un renversement de courant ; sans cette précaution on arracherait des lambeaux de muqueuse. Pour que la production d'oxychlorure d'argent se poursuive régulièrement, pendant tout le temps que passe le courant, il est indispensable que le chlorure de sodium nécessaire à sa production soit puisé quelque part, au fur et à mesure que s'opère sa décomposition électrolytique, et il ne peut pas être pris ailleurs que dans l'épaisseur de la muqueuse et des parties sous-jacentes. Il faut aussi que l'oxychlorure produit prenne une voie quelconque, s'écoule quelque part. La tige d'argent étant absolument adhérente à la muqueuse, il est de toute évidence que l'absorption et la diffusion se poursuivent concurremment à sa production. Le traitement par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse dans la cavité utérine, n'est donc pas seulement un traitement de surface. Je dirai même que c'est peut-être le seul traitement qui permette de faire pénétrer sûrement l'agent médicamenteux dans la profondeur des tissus, et dans toutes ses parties, aussi bien dans les parties profondes que dans les parties superficielles, même dans les parties, bien minimes d'ailleurs, de la muqueuse qui ne seraient pas en contact direct avec la tige d'argent. Et nous ajouterons que la diffusion physiologique du médicament est favorisée encore par les phénomènes de transfert électrolytique qui accompagnent toute action électrolytique quelle qu'elle soit.

Il est d'ailleurs des faits de pratique courante qui justifient pleinement les données que je viens de vous exposer : si vous introduisez votre tige d'argent dans ces masses glaireuses adhérentes à l'utérus, qui caractérisent certaines métrites, vous obtiendrez bien les phénomènes électro-chimiques dont je vous ai parlé ; mais si votre hystéromètre ne touche pas la muqueuse, vous n'auriez qu'une quantité d'oxychlorure d'argent insuffisante pour obtenir un résultat curatif certain. Dans ces conditions, en effet, l'on ne ferait qu'un traitement de surface.

Un autre fait de pratique prouve bien plus directement et plus clairement encore l'absorption du médicament : Les jours qui suivent la séance, l'on retrouve dans l'eau des injections, des parcelles, parfois même des débris de muqueuse, très minces, mais parfois d'une certaine étendue, et présentant la coloration ordinaire aux sels d'argent. Il y a donc là un phénomène d'exfoliation dû à la pénétration des sels d'argent qui se fait à dose massive à la surface de la muqueuse en contact avec l'électrode soluble. J'ai même l'habitude de toujours prévenir les malades de ce fait qui pourrait les alarmer. Nous pouvons donc conclure à l'analogie, comme je l'ai fait au début, de ce phénomène, avec ce qui se passe pour le vésicatoire, mais non à la ressemblance. Les deux processus, en effet, tout en étant identiques comme résultat, ne relèvent pas de la même cause.

L'oxychlorure d'argent, en effet, n'est pas caustique, et il ne peut

pas être question non plus d'une action caustique du courant ; avec un courant de 10 milliampères, et une électrode d'une surface aussi considérable que celle que j'emploie, il est absolument impossible de faire une eschare, même superficielle, sur une muqueuse.

Ces faits sont très faciles à constater quand on a tant soit peu pratiqué le traitement.

Ceci vous indique que l'agent médicamenteux n'a d'action réelle, effective, qu'à la condition de toucher les parties superficielles de la muqueuse, d'abord, et de pénétrer ensuite, et en même temps, dans les couches profondes. Pour l'instant du moins, je ne connais pas de moyen plus sûr que l'électrolyse pour arriver à ce résultat.

Telle est, Messieurs, la théorie. Mais, si les théories sont intéressantes à élaborer, il est un juge rigoureux, et absolument impartial, qui, seul, peut nous dire si oui ou non les théories sont fondées sur des bases solides ; et ce juge est la pratique longtemps continuée et méthodique. Or, j'ai publié les faits, à différentes reprises ; d'abord, ceux qui m'étaient personnels. J'ai traité ensuite des malades à l'Hôpital Lariboisière, et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de remercier M. Reynier de son précieux concours. De ces dernières observations, je n'ai retenu que celles qui étaient relatives aux malades que nous avions pu revoir longtemps après la guérison. Ma conviction repose, en un mot, sur un travail de plus de quatre années. Un assez grand nombre de confrères appliquent maintenant cette méthode sans que les résultats que j'ai obtenus moi-même se soient démentis. Je vous dirai même qu'à l'étranger elle a fait aussi des adeptes. Dans ces conditions, je persiste à croire le jugement de M. Nitot tout au moins prématuré.

Reste maintenant la question du traitement des métrites par les vapeurs de brôme que M. Nitot préconise. Je me crois autorisé, par mes recherches antérieures, à vous parler, sinon du traitement des métrites par ce procédé, du moins, de l'emploi du brome en thérapeutique. Je n'ai pas, en effet, employé le brôme contre les métrites, et je ne me permettrais pas de juger une méthode thérapeutique sans l'avoir expérimentée ; mais j'ai préconisé l'emploi du brôme et de ses dérivés obtenus par voie d'électrolyse, contre les tuberculoses locales. Je rappellerai même qu'un mémoire a été déposé, en mon nom, à l'Académie de médecine, par Monsieur le professeur Duplay en 1894, et que, depuis cette époque, M. Duplay a fait à l'Académie un rapport favorable, envisageant surtout le traitement de l'ostéomyélite chronique et des tuberculoses osseuses que nous avions, plus que toutes les autres tuberculoses, étudiées dans son service de la Charité d'abord, de l'Hôtel-Dieu ensuite.

Dans le travail que j'ai publié à ce sujet, en 1896, dans les *Archives générales de Médecine* et dans le *Bulletin de la Société d'élec-*

trothérapie, j'insistais, comme le fait M. Nitot, à mon exemple, sur l'action des vapeurs de brome, action précieuse à cause de leur diffusibilité. Ayant, le premier, appelé l'attention sur ces faits, je suis très heureux d'avoir été écouté.

Mais il est une question de technique sur laquelle je crois important d'insister. Les vapeurs de brome, en effet, détruisent tous les corps organiques, le liège, le caoutchouc, entre autres, avec une rapidité telle qu'il est impossible de le conserver autrement que dans des flacons bouchés à l'émeri, et mastiqués. Et encore, les vapeurs qui se dégagent, filtrent à travers le mastic, et, quoi qu'on fasse, ces vapeurs s'échappent au dehors en quantité suffisante pour ronger les instruments de métal, sauf ceux de platine, qui se trouvent dans le voisinage. Quand j'ai commencé les études dont j'ai parlé tout à l'heure, j'ai d'abord fait des recherches sur le brome du commerce, et j'ai bien vite reconnu qu'il était difficile et même dangereux à manier. C'est pour ce motif, d'ailleurs, que la pharmacie a cherché à utiliser l'eau bromée, et non le brome du commerce qui n'est guère maniable. Aussi je continue à penser que le brôme introduit dans l'économie dans certaines conditions n'a pas d'inconvénient ; j'en ai fait la preuve expérimentale, comme vous le savez ; mais que le brome du commerce offre des dangers sérieux pour l'opérateur.

D'un autre côté, d'ailleurs, je me demande jusqu'à quel point les vapeurs de brome, sous forme d'air bromé, peuvent étendre leur action au delà de la surface même de la muqueuse utérine, et je crains bien que le traitement dirigé de cette façon ne soit un traitement tout de surface, par conséquent insuffisant.

Ces restrictions étant formulées, je répète que je ne me permets pas de juger un traitement que je n'ai pas expérimenté, et que, du reste, je n'ai pas envie d'employer, par ce motif tout simple que le traitement que j'ai décrit m'a donné, depuis nombre d'années, des résultats constants. Ce traitement ayant, de plus, été contrôlé par plus d'un confrère, et étant d'une application excessivement simple, facile, et exempt de tout danger, me semble jusqu'à nouvel ordre, préférable au traitement par l'air bromé.

Restent les affirmations formulées en ces termes par M. Beurnier:

1° Le traitement de M. Boisseau du Rocher donne peu de résultats.

2° Ce traitement est très long et très aléatoire, et a souvent échoué dans les métrites hémorragiques.

Quelques mots de réponse suffiront :

1° J'ai accepté, dans le service de M. Reynier, *toutes* les affections utérines qui m'ont été proposées ; j'ai même souvent insisté pour traiter les cas plus difficiles.

Je n'ai jamais eu d'insuccès.

2° Toutes les métrites que j'ai soignées à l'hôpital ont été guéries entre deux époques ; *deux à sept séances ont été suffisantes*, c'est-à dire un maximum de trois semaines ; où donc M. Beurnier a-t-il

vu qu'il fallait trois mois ? Il suffit de lire le travail que j'ai publié à ce sujet pour se convaincre de ce que j'avance une fois de plus.

Enfin, M. Beurnier admet que la métrite chronique doit être traitée par « la dilatation et les applications intra-utérines de topiques modificateurs ». Il oublie certainement que le traitement que je préconise consiste précisément en applications de topiques intra-utérins ; il est donc sur ce point en contradiction avec lui-même. Le topique que je préconise est l'oxychlorure d'argent préparé par voie d'électrolyse dans la cavité utérine.

Préparé de cette façon, il a une action plus certaine que sous toute autre forme ; j'ai démontré tout à l'heure pourquoi. Toutefois, M. Beurnier ajoute qu'il ne nie pas les succès, qu'il les a vus, ce dont je le remercie. Mais je ne vois pas du tout sur quoi il se fonde pour infirmer cette première manière de voir, et dire que nous avons à notre disposition des méthodes plus rapides et plus certaines, cette conclusion étant en contradiction formelle avec les faits que chacun a pu voir à l'hôpital Lariboisière, et que j'ai publiées. Contrairement à ce qu'affirme M. Beurnier, j'ai toujours dit, et écrit, que je demandais en moyenne trois semaines, et non deux à trois mois comme il le dit. Les chiffres qu'il donne ne sont donc pas favorables au curettage, puisqu'il demande six semaines de lit pour un curettage.

Il est d'ailleurs facile de se convaincre de ce que j'avance ; il n'y a qu'à lire les observations que j'ai publiées, et les conclusions que j'ai formulées.

DIVERS

TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE DE L'ENDOMÉTRITE.

Le traitement opératoire de l'endométrite grave consiste dans le curettage et même l'ablation du col.

Cependant Terrier estime que dans le cas d'endométrite légère, l'application de crayons médicamenteux peut amener la guérison.

Commencer par laver le vagin et désinfecter la cavité de l'utérus, au moyen de ouate imbibée d'une solution de sublimé à 1 pour 100.

Se servir, ensuite, des crayons suivants :

Poudre d'iodoforme.....	10 grammes.
Gomme adragante.....	0 — 50
Glycérine.....	Q. S.
Eau distillée.....	

Pour dix crayons.

On peut se servir de résorcine ou de salol, à la place d'iodoforme, en les employant à la même dose.

Si l'on veut avoir recours au sublimé, employer :

Sublimé	0 gramme 50
Poudre de talc	25 —
Gomme adragante	1 —
Glycérine Eau distillée	Q. S.

Pour cinquante crayons.

Le volume du crayon est habituellement celui du crayon de nitrate d'argent.

Introduire les crayons dans l'utérus et les maintenir, au moyen de tampons de ouate iodoformée ou salolée, qui remplissent le vagin.

Dumontpallier et Polaillon préconisait le traitement par le chlorure de zinc.

1° *Mode de préparation.* — Pour préparer la pâte, triturer, dans un mortier de porcelaine, 20 grammes de chlorure de zinc sec, que l'on réduit en poussière impalpable au moyen du pilon ; ajouter goutte à goutte un peu d'eau, de façon à donner au mélange la consistance sirupeuse, puis, peu à peu, laisser tomber dans le mastic 40 grammes de farine de seigle et agiter sans cesse, de façon à obtenir une pâte homogène ; cette pâte doit avoir la consistance du mastic de vitrier. Alors diviser le tout en petites masses du poids de 4 grammes.

Le point capital est la dimension à donner à la tige de chlorure de zinc, appelée tantôt *crayon* et tantôt *flèche*. Sa longueur est facile à déterminer : c'est la longueur de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre ; mais sa grosseur est d'une appréciation délicate. Si l'utérus est tuméfié et le col obstrué par un bouchon gélatineux, employer les tiges les plus grosses, mais toutefois le diamètre des tiges n'excèdera jamais 4 à 5 millimètres. Si l'utérus est petit et l'orifice du col étroit, se servir des tiges les plus minces, de 2 millimètres à 2 millimètres et demi.

Les crayons sont soumis à l'étuve pour perdre leur mollesse et prendre une élasticité qui permette de les infléchir sans les briser.

2° *Manuel opératoire.* — Ainsi préparés, assez souples pour suivre la courbure de la cavité cervico-utérine et assez résistants pour ne pas s'incurver sur eux-mêmes pendant l'introduction, les crayons pénètrent facilement dans le canal, quelle que soit sa direction.

Aussitôt le crayon introduit, l'utérus se contracte et étale le caustique sur toute l'étendue de la cavité.

L'action du chlorure de zinc est immédiate. Les écoulements sanguins, purulents, ou muco-purulents sont arrêtés.

Le lendemain, enlever le tampon vaginal et faire une copieuse injection antiseptique. Il se forme, en effet, autour de l'escarr

une plaie qui suppure un peu et qu'il faut prémunir contre toute contamination aseptique.

L'escarre s'élimine entre le quatrième et le douzième jour, soit par fragments, soit en bloc ; elle est formée par une partie périphérique homogène en forme de coque et par une cavité centrale, son diamètre est généralement quatre ou cinq fois plus étendu que celui du crayon, son épaisseur et sa consistance sont plus considérables au niveau du col qu'au niveau du fond de l'utérus. Cela signifie qu'avec un crayon d'un calibre uniforme, la cautérisation peut-être trop énergique, dans les points rétrécis du canal cervico-utérin et trop faible dans les points élargis. Pour obvier à cet inconvénient, employer une flèche très mince et très longue trop longue pour le diamètre vertical de l'utérus. En la poussant, cette flèche vient buter le fond de la cavité utérine, puis se recourber en S, dans cet espace. Grâce à cet artifice, on introduit une masse de caustique plus grande, précisément dans la région où la cautérisation pourrait être insuffisante.

1° *Indications.* — En général, toutes les *endométrites*, les *hémorrhagies utérines* sont justiciables du traitement de chlorure par le zinc.

Il en sera de même du *gigantisme utérin*, au moins à son début. mais le traitement sera long.

Quand les pertes de sang ou d'autres accidents conduisent à penser à des opérations graves, cautériser d'abord avec le crayon, de manière à obtenir le retrait, et l'oblitération de la cavité.

Employer largement les crayons après la ménopause, et en être très réservé chez les jeunes femmes. Cependant il ne faut pas accuser le traitement de produire la stérilité ; elle tient à la maladie.

4° *Contre-indications.* — La *métrite aiguë simple* est une contre-indication.

Une *ovarite* ou une *ovaro-salpingite* sont des causes d'échec.

5° *Suites de l'opération.* — Les suites de l'opération sont d'une grande bénignité : il n'y pas de complication inflammatoire peri-utérine ; la douleur consécutive est nulle ou très modérée : il n'y a aucune réaction fébrile.

Pour éviter la périmétrite ou la pelvi-péritonite, confiner les opérées au lit pendant trois jours, puis sur la chaise longue pendant cinq ou six jours, jusqu'à ce que l'escarre soit tombée.

Pour éviter l'atrésie, et, s'il y a production exagérée de bourgeons charnus, pour en prévenir l'accolement, recourir aux précautions suivantes, après la chute de l'escarre : tous les deux jours pendant une dizaine de jours, cathétériser la malade avec les numéros 18 à 25 de la filière Charrière et faire suivre le cathétérisme d'une cautérisation avec solution de nitrate d'argent à 1/15.

Le plus souvent, au bout de trois semaines, la guérison est obtenue.

LA COLUMNISATION DU VAGIN.

La columnisation du vagin ou méthode de Talliaferro est peu employée en France, M. Quincieu, en exposant le procédé de Laroyenne, de Lyon, se montre un partisan convaincu de cette méthode thérapeutique. On commence par introduire un spéculum dans le vagin, puis on place des tampons de coton glycérinés en commençant par bourrer le cul-de-sac postérieur. On remplit ensuite les culs-de sac antérieur et latéraux. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile. Néanmoins la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante.

Le tampon doit rester deux ou trois jours en place et l'on doit prévenir les malades qu'elles perdront une certaine quantité d'eau sous l'influence de la glycérine.

L'emploi de la columnisation est particulièrement indiqué : 1° chez les malades affectées de déviations utérines, adhérentes et irréductibles. (On guérira fréquemment aussi ces lésions sans avoir recours à une intervention sanglante) ; 2° chez les malades affectées de prolapsus tubaires ou ovariens dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant très pénibles la marche et les moindres efforts ; 3° chez les femmes affectées de paramétrite postérieure ou douglassite, lésions généralement très douloureuses. Dans tous les cas aigus, la columnisation est absolument contre-indiquée.

OBSTÉTRIQUE

CLINIQUE BAUDELOCQUE : M. PINARD. PRONOSTIC DU PRURIT GÉNÉRALISÉ DANS LA GROSSESSE.

Tous les accoucheurs ont signalé, comme un symptôme fréquent, le prurit de la grossesse.

M. Pinard, dans une de ses récentes cliniques, a signalé la gravité particulière qu'il faut attacher au symptôme, encore peu étudié, de picotements ou de démangeaisons généralisés que présentent certaines femmes enceintes. M. le professeur Pinard pense qu'il s'agit là d'une variété de grossesse essentiellement pathologique et il appelle l'attention sur les principaux symptômes qui accompagnent cette affection, se réservant de publier plus tard une étude complète de la question.

Les démangeaisons présentent les caractères suivants : elles sont généralisées, occupent toutes les parties du corps, différant en cela du prurit localisé aux parties externes des organes génito-urinaires et dû à une glycosurie pathologique ou physiologi-

BOSTON MEDICAL
DEC 24 1918
LIBRARY

que : elles sont indépendantes des démangeaisons occasionnées par l'herpès gestatoris ou par l'impétigo herpétique si fréquents dans le cours de la grossesse ; elles sont suffisamment fortes pour déterminer des insomnies.

Un second symptôme est constitué par des rougeurs observées surtout à la plante des pieds et à la face palmaire de la main et qui n'ont rien de syphilitique.

L'hydropisie de l'amnios s'observe presque toujours. Les troubles nerveux tels que perte de connaissance, confusion mentale, et les troubles urinaires caractérisés par une albuminurie légère ou par une glycosurie faible, mais constante ne sont pas rares.

Dans quelques cas, on a assisté à une paralysie musculaire avec atrophie.

Quant au produit de la conception, il arrive avant terme, présente le plus souvent des malformations ou un œdème généralisé. L'hypertrophie du placenta est un caractère à peu près constant.

De ce qui précède, il résulte que lorsqu'une femme enceinte a des démangeaisons généralisées déterminant l'insomnie, le pronostic doit être sérieux et pour la mère et pour l'enfant. L'enfant arrivera avant terme et présentera probablement des malformations. La mère est sous le coup d'une auto-infection grave, et il y a péril lorsque les troubles nerveux se manifestent.

La thérapeutique est presque impuissante. L'association du bromure et du chloral paraît être, jusqu'ici, la meilleure médication. Lorsque tous les symptômes seront réunis et que l'affection sera nettement établie, peut-être pourra-t-on intervenir efficacement en interrompant le cours de la grossesse.

Nous pensons que les faits signalés par M. Pinard, et qui sont consignés dans la *Médecine moderne* doivent attirer sérieusement l'attention des praticiens ; nous avons observé un grand nombre de cas de prurit généralisé pendant la grossesse ; dans tous les ces cas, il y a eu des complications ; dans trois, l'enfant est mort ; dans un il y a eu des phénomènes éclamptiques ; dans deux il y avait une insertion vicieuse du placenta.

A. L.

Les injections rectales d'eau salée contre l'hémorrhagie de la délivrance. (M. Fieux.) — Chez une femme accouchée dans des conditions normales à la Clinique obstétricale, la délivrance s'étant faite naturellement, j'ai pu constater que le placenta était constitué par deux masses cotylédonaires, nettement distinctes, réunies par deux gros vaisseaux serpentant sous les membranes. Le cordon se dissociait avant d'arriver à la plus grosseur de ces masses sur laquelle il s'insérait. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie par inertie utérine que les moyens d'usage (injection, utérine chaude, introduction de la main dans l'utérus, tamponnement cervico-vaginal) ne purent arrêter.

M'inspirant alors des travaux de Keifer sur la valeur hémostatique des grandes transfusions d'eau salée, je fis à cette femme une injection sous-cutanée de quatre-vingts centimètres cubes tout au plus de sérum artificiel, car je n'avais à ma disposition en ce momentqu'une seringue de Roux. Mais en même temps, je lui faisais donner un lavement de deux litres d'eau salée.

Au bout de quelques instants, la contractilité utérine reparut et l'hémorrhagie cessa. Je ne crois pas qu'il faille attribuer cette action à la très peu abondante transfusion sous-cutanée que j'ai faite, mais à la copieuse injection rectale que j'ai donnée.

Ce fait est intéressant et montre que, dans un cas d'urgence, où l'on serait privé des moyens matériels de faire une grande injection sous-cutanée de sérum artificiel, on aurait dans le lavement d'eau salée une ressource précieuse.

Traitement de la rigidité, dite spasmodique du col, par la rupture des membranes. — Pour que, pendant le travail de l'accouchement, les contractions utérines soient vraiment efficaces, il faut qu'elles soient intermittentes. Lorsque, au contraire, ces contractions sont permanentes, lorsqu'il existe une sorte de tétanisme utérin, le travail traîne en longueur, la poche des eaux est continuellement tendue, la dilatation du col se fait mal.

De plus, dans des cas semblables, M. Fieux a pu observer, d'une façon constante, du côté du col, tous les symptômes dont l'ensemble constitue cet état particulier connu sous le nom de *rigidité spasmodique*.

L'auteur rapporte cinq observations de ce genre, dont trois chez des primipares et deux chez des tertipares. Quatre fois sur cinq, il s'agissait d'une présentation du sommet en O. D. Dans ces cas, le début du travail était normal ; puis, quand la dilatation était de trois centimètres environ, les contractions utérines se rapprochaient, et l'utérus, petit à petit, se tétanisait. Les douleurs étaient continues, énervantes. En même temps, les bords de l'orifice du col devenaient amincis, tranchants, rigides ; les membranes étaient tendues. En un mot, dans tous ces cas, le col ainsi que l'utérus lui-même étaient tétanisés ; le col réflétait l'état de l'utérus tout entier. En d'autres termes, il s'agit là d'une rigidité utérine totale. Cette rigidité peut durer un temps plus ou moins long.

La cause intime de cette rigidité du col étant ainsi reconnue, le traitement doit évidemment s'adresser au tétanisme, à la contracture de l'utérus. Il faut donc rejeter le tamponnement vaginal, les injections chaudes, employés d'habitude en pareil cas, et qui ne peuvent qu'exagérer la tension de l'utérus, partant celle du col.

Ce qu'il faut, c'est modérer, régulariser les contractions de l'utérus. Les agents hypnotiques, le chloroforme, le chloral sont très efficaces à ce point de vue.

Mais, dans ses observations personnelles, cet auteur a mis en

œuvre une méthode de traitement simple et efficace pour faire cesser la rigidité dite spasmodique du col. Cette méthode consiste dans la *rupture précoce des membranes*. Cette rupture des membranes est indiquée, alors même qu'il n'y a pas excès de liquide amniotique. Après la rupture, M. Fieux put constater ce qui suit :

1° L'utérus restait encore contracté pendant quelques minutes ;

2° Puis, à cet état de contracture permanente succédait un relâchement complet, durant 7, 8. 10, 12 minutes ;

3° Après un repos généralement court, les contractions revenaient, intermittentes et énergiques, complétant la dilatation d'une façon rapide, en une heure, deux heures, cinq heures.

PÉDIATRIE

HOPITAL DES ENFANTS : M. MARFAN. — ETIOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA CHORÉE.

Pour être choréique, il faut être âgé de 5 à 20 ans, il faut provenir de parents névropathes, hystériques, alcooliques ou rhumatisants, car la chorée d'emblée est tout à fait exceptionnelle. Il faut aussi un terrain préparé pour faire germer la graine : Le terrain est constitué par l'âge et le tempérament, la graine est un poison, un microbe acquis à l'enfant par le triste privilège de l'hérédité.

Parmi tous les antécédents, plaçons en première ligne le rhumatisme articulaire aigu — son diagnostic difficile dans le jeune âge en a fait nier l'influence sur la chorée. — Il débute, en effet, sournoisement, produisant des lésions légères en apparence, et n'inquiétant ni l'enfant malade, qui ne souffre pas et continue à jouer, ni la famille, mais à la suite d'une fièvre quelconque, le médecin, à l'auscultation, découvre une lésion cardiaque, de la péricardite, de l'endocardite. Le terrain est préparé et l'ennemi découvert. La moindre cause alors fait éclater la guerre : qu'il survienne une grippe, une scarlatine, les oreillons, la rougeole et la chorée apparaît, secouant le petit malade.

Soixante-dix fois sur cent, d'après les observations de Marfan, la chorée reconnaît une étiologie rhumatismale, avec la pathogénie variable que l'on vient de voir.

Comment combattre cette névrose ?... Bien des traitements ont été indiqués : les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale, le bromure de potassium, le chloral, les douches froides, les bains sulfureux, la gymnastique... A cette liste il faut ajouter et préconiser surtout l'antipyrine et l'arsenic. Bouteille a dit : « Il n'y a pas de médicament spécifique de la chorée. » Les résultats merveilleux obtenus par la médication arsenicale semble vouloir lui donner un démenti.

L'arsenic, en effet, est très efficace, mais il est de prescription très délicate, son administration exige une surveillance quotidienne, car on le donne non aux doses classiques, mais à doses progressives. Par suite, bien des accidents d'intolérance sont à redouter. Aran et plus tard Siredey ont bien formulé les principes du traitement arsenical.

Il existe une solution d'acide arsénieux au millième connue sous le nom de liqueur de Boudin. Dans une cuillerée à café, il y a 4 grammes de liqueur ou 4 milligrammes d'arsenic. Le premier jour, le malade doit prendre 4 grammes de liqueur, et augmenter tous les jours de 2 grammes, de façon à arriver à 0,03 centigrammes d'acide arsénieux ou 30 grammes de la liqueur, en ne cessant qu'après avoir obtenu la sédation choréique.

Mais des accidents d'intolérance peuvent survenir, de la dyspepsie, de l'herpès labial, de l'anasarque. En ce cas, il ne faut point cesser l'administration de l'arsenic, mais seulement diminuer la dose de la veille, de 4 grammes.

Grâce à cette médication, on obtient en général la guérison de la chorée en 15 ou 20 jours, tandis que sans elle on n'arrive au même but qu'après plus de deux mois... et quels mois ! !

L'antipyrine donne des résultats moins rapides, mais son maniement est moins dangereux. On sait, en effet, que les enfants supportent très bien l'antipyrine, mieux même que les adultes. Il faut prescrire au début 1 gramme 50 par jour — en trois fois au moment des repas — augmenter progressivement la dose jusqu'à 3 grammes et diminuer quand le calme est obtenu, ce qui survient en général au bout de 3 ou 4 semaines.

A la consultation, M. Marfan ordonne l'antipyrine ; à l'hôpital, au contraire, il emploie la médication arsenicale, car là il peut surveiller le malade et le voir tous les matins.

DE L'ARYTHMIE DU CŒUR CHEZ LES ENFANTS

M. le Dr Comby a présenté au Congrès de Moscou et résumé dans les *Archives de la médecine des enfants* un mémoire très pratique sur cette question. En voici les points essentiels :

« Nous sommes conduits à nous demander quelle est la valeur séméiologique et pronostique de l'arythmie cardiaque chez les enfants.

Un enfant présente de la lenteur, de la faiblesse, de l'irrégularité du pouls, dans les circonstances énumérées plus haut ; devons-nous être effrayés, devons-nous redouter des complications fâcheuses, une terminaison funeste ? Loin de là. Quand il s'agit d'intoxication accidentelle ou thérapeutique, l'arythmie est un indice de saturation. L'enfant prenait-il de la digitale, de l'opium, de la belladone, nous suspendrons l'administration de ces substances, et l'arythmie disparaîtra avec sa cause provocatrice. Le pronostic, qui

pourrait devenir fâcheux si l'on négligeait l'auscultation du cœur ou la palpation du pouls, reste bénin quand la vigilance du médecin n'est pas en défaut. Quant à l'arythmie des convalescents, c'est une *arythmie critique*, de bon augure, attestant que le terrain de culture est épuisé, stérilisé, que le cycle de la virulence microbienne est clos, que la guérison est proche.

L'arythmie ne deviendrait inquiétante que si elle s'accompagnait de symptômes faisant craindre l'arrêt du cœur, la syncope.

On verrait alors la face pâlir, l'estomac se vider (nausées, vomissements), les forces défaillir ; tout indiquerait l'imminence d'une paralysie bulbaire grave, comme on en voit quelques exemples à la suite de la diphtérie, ou la présence d'une myocardite jusqu'alors latente.

Pour apprécier, comme il convient, la valeur séméiologique de l'arythmie cardiaque, il faut donc tenir compte, non seulement de ses caractères intrinsèques, mais encore des symptômes associés, et de tout le complexus morbide qui l'a précédée.

Par exemple, voici un enfant qui, après des symptômes nerveux plus ou moins accusés, après une phase d'excitation pouvant aller jusqu'au délire et aux convulsions, offre tout à coup de la lenteur et de l'arythmie du pouls. On pense aussitôt à la méningite ; mais, avant de prononcer ce mot fatal, on devra tout envisager, scruter le terrain organique, les aptitudes physiologiques, les antécédents, l'hérédité de l'enfant. Est-il nerveux, hystérique avéré ou en germe ? L'excitation cérébrale, les convulsions qui ont précédé l'arythmie ou qui l'accompagnent ne relèvent-elles pas d'une infection, d'une intoxication accidentelle et passagère ?

Il faut songer à la grippe, aux troubles digestifs, à la gastro-entérite, à la constipation, aux vers intestinaux. Il faut chercher dans toutes ces directions pour apprécier en connaissance de cause un symptôme après tout banal et sans valeur intrinsèque.

On sait très bien aujourd'hui, et j'en ai cité pour ma part de nombreux exemples, que l'enfant est prédisposé au *méningisme*, c'est-à-dire à un symptôme qui simule la méningite tuberculeuse, tout en s'en écartant par une terminaison presque constamment favorable.

Il y a peu de temps je voyais un garçon de sept ans, de souche nerveuse, qui, au décours de la grippe, avait été pris de convulsions épileptiformes avec ralentissement et arythmie du pouls et de la respiration, somnolence comateuse, délire, vomissements, etc. Plusieurs médecins distingués avaient condamné ce malade ; il a guéri rapidement.

Autrefois, on aurait dit : *méningite* suivie de guérison ; aujourd'hui, plus modestes, nous disons *fausse méningite*, nous avouons une erreur de diagnostic quand nous voyons les choses tourner favorablement.

Il ne faut donc pas se hâter d'émettre le diagnostic ferme de méningite, à la simple constatation d'une arythmie cardiaque, quelque

nette et marquée qu'elle soit. Il faut se souvenir que l'enfant, même en bonne santé, est très souvent arythmique, et n'accorder à ce trouble fonctionnel qu'une valeur restreinte, sujette à caution. Quel que soit son mécanisme pathogénique, ce symptôme est fréquent, il se voit dans les conditions les plus diverses ; le clinicien ne doit pas s'effrayer de sa présence.

Comment faut-il traiter l'arythmie cardiaque chez les enfants ? Je laisse de côté l'arythmie des cardiopathies organiques, pour ne m'occuper que de l'arythmie *sine materiâ*, dont il a été question dans les pages précédentes.

L'arythmie des enfants bien portants, dite encore arythmie *essentielle*, *névrosique*, *psychique*, *émotionnelle*, ne mérite aucun traitement direct. Tout au plus devra-t-on chercher à modifier le tempérament nerveux par une bonne hygiène physique et cérébrale, par les douches, la vie au grand air, la suppression des excitants (alcool, thé, café, etc.), si l'enfant en usait prématurément ou avec excès.

L'arythmie par intoxication exogène (empoisonnement accidentel ou thérapeutique) sera traitée par la suppression de l'agent toxique. L'arythmie par intoxication endogène, par auto-intoxication (constipation, diarrhée, suralimentation, septicémie gastro-intestinale), sera guérie par le régime et les remèdes habituels de la dyspepsie (laxatifs, alcalins, antiseptiques, etc.)

Les anthelminthiques feront disparaître l'arythmie causée par les vers intestinaux. Quant à l'arythmie critique des maladies aiguës, elle n'exige aucun traitement. En quelques jours, en quelques semaines au plus, elle disparaît spontanément. On ne devrait intervenir que si l'on entrevoyait des menaces de collapsus, d'algidité, de syncope. Alors on prescrirait : des frictions alcooliques ou térébenthinées, des injections hypodermiques d'éther, de caféine, de spartéine, d'huile camphrée, de sérum artificiel, des inhalations d'oxygène, des bains sinapisés, une vessie de glace sur le cœur, l'électrisation (un pôle sur la région précordiale, l'autre entre les deux chefs du muscle sterno-mastoïdien). A l'intérieur, on donnerait l'alcool, le café, les potions cordiales usitées en pareil cas.

Tous ces remèdes ne sont que bien rarement indiqués et, dans l'immense majorité des cas, l'arythmie cardiaque des enfants ne doit nous inspirer aucune inquiétude.

VARIÉTÉS

L'ACTION DE LA MENSTRUATION A DISTANCE

Depuis Dante, les poètes italiens ont souvent célébré cette *odor della feminata* qui avait le don d'enflammer jusqu'au délire les malheureux qui la ressentaient. Depuis *Orlando Furioso* jusqu'à l'*A-*

riosto, on a parlé de cet état génésique qui s'empare de l'homme à l'approche de la femme.

S'il faut en croire M. Laurent, dont il est question dans la *Médecine moderne*, cette *odor della feminata* est scientifiquement établie et n'est autre chose que l'effet de la menstruation à distance.

La croyance à l'existence d'actions chimiques produites par certaines femmes, au moment de la menstruation, est répandue dans tous les pays. On dit couramment qu'au moment de leurs règles les femmes font cailler le lait, tourner les mayonnaises, etc. Ces croyances sont si bien établies qu'elles ont donné lieu à des pratiques industrielles.

Dans les grandes raffineries du Nord de la France, il est formellement interdit à toute femme de pénétrer dans les ateliers au moment où l'on fait bouillir le sucre dans les bassines, et pendant qu'il refroidit ; en dehors de ce moment, l'entrée leur en est permise. Le prétexte donné est que si une femme réglée entrait dans l'atelier, le sucre noircirait par la suite.

Pour le même motif, aucune femme n'est employée à la bouillerie de la manufacture d'opium à Saïgon ; les Chinois, chargés de cette opération, prétendent que si une femme ayant ses règles s'en mêlait, l'opium tournerait et deviendrait aigre.

Le Dr Laurent va plus loin ; il croit à l'existence des phénomènes mécaniques produits sans contact, par certaines femmes, au moment de la menstruation et cite de nombreux exemples.

Deux jeunes filles présentent, au moment de leurs règles, des phénomènes d'adhérence de leurs vêtements. Il leur faut faire un petit effort pour enlever leurs effets même larges.

Les bas sont difficiles à retirer ; il faut qu'une autre personne les retourne et les tire assez violemment. Quant aux chemises, ces jeunes filles ont renoncé à en changer pendant ces périodes, car elles sont collées sur la peau, et il serait nécessaire qu'une autre personne, glissant les mains en-dessous, les enlevât en les écartant.

Le même auteur prétend avoir réuni une dizaine de faits dans lesquels des femmes musiciennes, ou vivant au contact d'instruments de musique, provoquaient la rupture de cordes, toujours les mêmes, au moment de leur menstruation. Un monsieur, contrebasse dans un théâtre, lui apprit que, depuis plusieurs années, chaque fois qu'il laissait dans son logement sa contre-basse accordée, au moment des règles de sa femme, le *sol* cassait. Il était tellement habitué, que, souvent à ce moment, il emportait son instrument chez mon ami. Pendant l'hiver, saison où les cordes sont partout plus fragiles, rien de semblable ne lui arrivait, son instrument restant au théâtre.

Un administrateur en Cochinchine avait remarqué que plusieurs fois les cordes de son violon avaient cassé, au moment des règles de sa congaï ; elle le lui avait fait remarquer, disant que les Annamites connaissaient bien ce phénomène et avaient soin de ne pas

jouer de leurs instruments à corde pendant cette période. Autres exemples : deux jeunes femmes, toutes deux très bonnes violonistes, avaient remarqué que leurs cordes cassaient fréquement pendant leurs périodes menstruelles. L'une, véritable artiste, jouant souvent dans des concerts de charité, refusait systématiquement de jouer à ces moments-là.

Une harpiste avait été obligée de renoncer à sa profession, parce que pendant la durée de sa période cataméniale, plusieurs cordes, toujours les mêmes, cassaient, surtout quand elle jouait ; ce qui l'avait arrêtée, nombre de fois, au milieu d'un concert.

Voilà des faits faciles à vérifier au Conservatoire de musique. D'ailleurs ne pourraient-ils pas, pour la plupart, s'expliquer par ce fait que, pendant la période menstruelle, le femmes plus nerveuses et irritables auraient un jeu plus sec et plus saccadé et malmèneraient leurs instruments.

Enfin un lieutenant de vaisseau aurait raconté au Dr Laurent qu'une jeune mulâtresse du Sénégal, maîtresse d'un médecin de marine, présentait, au moment de ses règles, le phénomène de la fluorescence quand elle écartait les draps de son lit !! Le Sénégal est bien loin et personne n'a été contrôler cette assertion.

LA FEMME MÉDECIN.

La femme présente-t-elle des aptitudes pour la profession médicale ?

Ce sujet, traité si souvent, légèrement ou sérieusement, mérite cependant qu'on s'y arrête.

Vous acceptez les femmes dans les Beaux-Arts, dans l'Enseignement, dans les grandes administrations ; vous leur entr'ouvrez la porte des Etudes médicales en en faisant des accoucheuses, vous ne pouvez cependant refuser l'accès de notre profession à celles qui s'y sont préparées par une sérieuse vocation et de fortes études.

Vous me direz que la femme est faite pour le mariage et la maternité. C'est entendu ! mais que ferez-vous de ces nombreuses filles instruites et dévouées, filles d'officiers ou de fonctionnaires, qui ne peuvent trouver de mari faute de dot ?

Je voudrais bien vous y voir si vous aviez une demi-douzaine de filles à marier et pas un sou à leur donner.

Toute fille a une dose de dévouement, d'amour, d'abnégation qu'il faut placer ; pourquoi ne pas permettre à celles qui ne peuvent reporter ces trésors affectifs sur un mari ou sur des enfants, de les reverser sur les êtres souffrants ?

Cette question a été traitée par un Rédacteur de la *Gazette médicale de Strasbourg*. Notre confrère, qui n'est pas favorable à la femme-médecin, pose ainsi cette question :

Pourquoi la médecine obtient-elle tant de suffrages féminins ?

C'est parce que cette science s'auréole, aux yeux de la femme, de vertus essentiellement féminines: le dévouement, le sacrifice, l'amour. Inconsciemment la femme, en faisant choix de cette vocation, suit un instinct de sa nature. Elle croit y trouver la nourriture du cœur que toute autre carrière scientifique ne lui présente pas !

En cela consistera sa première désillusion. L'étude dessèche, stérilise les natures peu riches en sensibilités. La pratique de la médecine, de la chirurgie, tue chez la femme ses délicatesses et ses pudeurs intimes ; elle renonce à ses privilèges de femme pour trouver non pas la camaraderie, l'amitié de l'homme qu'elle rêvait et dont elle a un besoin immense, se sentant faible, plus faible que lui, mais l'hostilité sourde, si elle a du mérite ou de la tenue, à moins qu'elle ne rencontre sur sa route, par une faveur particulière de la providence, le soutien, l'ami dévoué, dans le maître ou dans un étudiant quelconque.

Cependant, si la femme reste dans son rôle d'infirmière intelligente et instruite, elle pourra vivre en suivant cette vocation, de cette vie du cœur qui lui est toujours nécessaire. Mais il s'agit pour elle de posséder cette vocation ; sa force physique, son âme, doivent se trouver à la hauteur de cette vie de dévouement, faite de l'abstraction de la vie réelle.

Si elle possède ce rayonnement d'âme fait de retenue, de dignité, de grâce et de pudeur, elle répandra ce soulagement suprême parmi les malades qu'elle soignera, et qui consiste dans le réconfort que donne « l'invisible bonté ».

Toute femme peut devenir reine dans la sphère qu'elle a choisie, la sœur de charité parmi les pauvres, la mère de famille parmi tous ceux qu'elle groupe autour d'elle, par le pouvoir souverain de sa grâce et de sa beauté morale et physique.

La femme est de moitié en tout ce qui régit le monde, elle est peut-être la raison fondamentale de toutes choses. Pourquoi déserterait-elle son empire ?

Non, la science ne peut être envisagée par le sexe faible qu'au point de vue de son agrandissement moral. Elle sera la compagne aimée qu'on admet sous son toit ; mais elle sera mise par la femme au service de l'amour. Elle rendra l'union plus profonde, l'amitié plus intime et plus durable, elle ne peut être l'idole unique à laquelle on sacrifie les joies qui nous viennent de la vie réelle.

Le besoin de science existe chez tous les êtres ; l'homme ne saurait monopoliser ces joies qui nous viennent des hautes curiosités satisfaites.

Si la femme est inférieure en puissance intellectuelle à l'homme, par sa sensibilité excessive, elle peut l'égaler ou le surpasser en intelligence. Par son intuition, elle atteint des vérités que l'homme est appelé à démontrer par le travail d'observation et d'expérimentation.

Pourquoi, au lieu de devenir rivaux, les deux sexes ne devien-

draient-ils pas de jour en jour davantage collaborateurs et plus amis.

L'agrandissement moral de la femme ne peut se faire en dehors de l'homme, que l'homme mette son égoïsme de jouisseur de côté et qu'il entraîne la femme vers les sommets dont elle est digne.

Les vaillantes, les sages, les réellement bonnes et intelligentes, les simples, les honnêtes, les droites surtout, seront choisies, quoique pauvres. La question de la dot perdra de son importance ; il y aura moins de femmes souffrant dans un isolement fait de dédain de leur part pour le peu qui leur est offert ou d'oubli immérité.

Pour remédier en général à un état « pathologique » de la société, révélé par le mouvement féministe, il faut par conséquent rendre le mariage une union plus libre, plus large, y mettre des deux côtés plus de compréhension de la vie réelle et saine.

Apprenons à nous connaître pour apprendre à nous satisfaire, en toute droiture, en toute honnêteté ; dégageons les réelles vérités d'un idéalisme faux, d'une morale surannée.

Aux femmes d'esprit, de cœur et de tête, aux hommes de bonne volonté de réunir les efforts pour propager et faire régner la lumière, afin de contribuer au réel bien de tous et de chacun.

FORMULAIRE

Traitement des tranchées utérines.

(Audebert.)

Il ne faut pas donner l'ergot de seigle ni l'ergotine.

Pour les tranchées d'origine réflexe, c'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine, ont été employés très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

Eau bouillie.....	40 gram.
Laudanum.....	XV gout.

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation ; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale ; nous l'avons souvent prescrit de la façon suivante :

Antipyrine.....	3 gr.
Sirop de bromure de potassium du Codex.....	30 gr.
Hydrolat de feuilles d'oranger.....	60 gr.

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes d'antipyrine.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

Antipyrine.....	2 gr.
Eau bouillie.....	120 gr.

L'extrait de viburnum prunifolium, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de viburnum prunifolium.....	ãã 15 gr.
Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....	

XX gouttes toutes les deux heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le ventre des serviettes chaudes très propres.

Pour *tranchées d'origine mécanique*. Si le diagnostic de tranchée par *rétention* s'impose, rappelons d'abord que la vessie et le rectum doivent être évacués.

L'*expression utérine*, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les *injections vaginales chaudes* entre 45° et 48° agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité, on aura recours, mais seulement dans ce cas, aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à basse pression ; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

Suppositoires sédatifs pour le col.

(LUTAUD.)

Lorsque le col est douloureux et ulcéré (métrites, cancer) on appliquera les suppositoires suivants :

Beurre de cacao.....	10 gr.
Cérat blanc.....	6 —
Hydrate de chloral.....	4 —

F. S. A. six suppositoires.

Introduire ces suppositoires dans le vagin et les maintenir par un tampon d'ouate.

Traitement non opératoire de l'ectropion du col.

(AUVARD.)

Faire des scarifications, suivies de cautérisations avec la créosote au 1/3, une fois par semaine.

Appliquer des pansements antiseptiques, tous les deux jours.

Imbiber un tampon d'une solution de résorcine à 1 pour 100 et l'enduire de la pommade suivante :

Vaseline.....	30 gr.
Résorcine.....	3 —

Employer ce tampon comme pansement.

L'hydrastis canadensis dans les affections utérines.

Le rhizome et les radicelles servent à la préparation d'un extrait fluide et d'une teinture.

Hydrastis en poudre n° 60.....	100
Alcool à 91°.....	q.s.
Eau distillée.....	q.s.

Pour faire 100 gr. d'extrait fluide, à la dose de 1 à 4 grammes, 2 à 3 fois par jour. — Racines pulvérisées, 2 à 8 grammes. — Contre les métrorrhagies.

Teinture d'hydrastis canadensis.	15
— de viburnum prunifolium.....	15

Dix gouttes toutes les 2 heures contre la dysménorrhée.

Palmer se sert ordinairement de la solution suivante pour les inhalations :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis.....	1 partie.
Solution saturée de chlorure de sodium.....	3 parties

Hydrastine de 10 à 30 centigr. par jour.

Hydrastinine en injections sous-cutanées.

Chlorhydrate d'hydrastinine.	1 gr.
Eau distillée.....	10 gr.

De 1/2 à 1 seringue de Pravaz. Contre les vomissements d'origine utérine.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

Par le Dr Verchère, chirurgien de Saint-Lazare.

Traitement de la métrite aiguë.

Il est inutile d'insister beaucoup sur les moyens curatifs dirigés contre les accidents aigus de la métrite. Quelle que soit l'interprétation pathogénique donnée à ces accidents (lymphangite, etc.), l'accord est à peu près général entre tous les gynécologues et quoique les moyens employés offrent quelques différences, ils n'en représentent pas moins, dans leur ensemble, une ligne de conduite à peu près la même pour chacun de nous.

Toutefois on a l'habitude de comprendre sous la dénomination de métrite aiguë puerpérale, les accidents infectieux qui parfois suivent les accouchements et les fausses couches. Il y a là une erreur de fait et de langage. On est en présence d'accidents particuliers de septicémie, à forme plus ou moins grave, mais ces accidents n'ont rien de commun avec des symptômes de métrite.

Une plaie utérine existait, des inoculations se sont produites, une suppuration s'est établie et une infection locale, ou locale et générale tout à la fois, est survenue. En pareille circonstance, on a affaire à une sorte de toxémie, dont le point de départ a été l'utérus, il est vrai, mais dont les manifestations principales ne présentent aucune analogie avec celles d'une métrite ordinaire. Il s'agit, en réalité, d'une véritable infection d'origine puerpérale réclamant un tout autre traitement que celui qui est ordinairement applicable à la métrite aiguë.

Cette réserve faite, à toute femme atteinte d'inflammation aiguë, on prescrira le repos au lit, les injections ou mieux les irrigations vaginales antiseptiques chaudes que l'on renouvellera plusieurs fois dans la journée, en les prolongeant une heure au moins à chaque séance. Ces irrigations remplissent le même but que les bains de siège, conseillés par quelques auteurs et ont, sur ces derniers, cet avantage de ne pas déplacer la malade. L'utérus reste ainsi dans l'immobilité, ce qui n'est pas à dédaigner dans la circonstance.

Au bout de quelques jours les irrigations pourront être remplacées par une grande injection chaude faite le matin et suivie d'un tamponnement vaginal à la gaze dont l'extrémité, imbibée d'un glycérolé antiseptique, reposera sur le col.

Pour quelques médecins le processus infectieux (dans la blennorragie en particulier) serait parfois limité à la région cervicale et dans ce cas ils conseillent de faire des attouchements et des badigeonnages intra-cervicaux avec un liquide légèrement caustique. Ces manœuvres me paraissent inutiles, sinon nuisibles, car de deux choses l'une : ou bien il n'y a que de la vaginite avec cer-

vicite externe et alors les injections et le tamponnement suffisent ; ou bien il y a de la métrite avec envahissement de la totalité de la muqueuse, et alors les cautérisations intra-cervicales sont insuffisantes.

Dans ce dernier cas on a conseillé d'avoir recours, lorsque les phénomènes inflammatoires des premiers jours se seront amendés, aux lavages intra-utérins de sublimé ou de permanganate de potasse pratiqués avec la sonde à double courant, si son introduction n'est pas trop difficile. A cette phase de la maladie, je suis peu partisan de l'emploi des crayons et des caustiques qui sont, en réalité, impuissants, par cela même qu'ils n'intéressent pas tous les points de la cavité utérine, incomplètement dilatée, et, ai-je à peine besoin de le dire, je suis absolument opposé au curettage, qui expose à une aggravation de l'infection et favorise les propagations. Quant aux injections de vapeur de brome, dont M. Nitot nous a entretenus, je n'en ai nulle expérience et ne puis que théoriquement en approuver la conception.

Comme complément de la médication locale, on aura soin d'entretenir sur le ventre un certain degré de chaleur au moyen de compresses chaudes humides le jour et de coton la nuit. C'est un moyen qui donne de meilleurs résultats que l'emploi de la glace, dont l'indication est tout autre. En ajoutant les dérivatifs intestinaux, les calmants, sous forme de suppositoires ou de lavements, les alcalins et les diurétiques contre les troubles vésicaux, j'aurai ainsi rapidement résumé les moyens les plus usuels, dont nous disposons contre la métrite aiguë.

Traitement de la métrite subaiguë.

C'est avec intention que, contrairement à quelques classiques, je mentionne spécialement cette forme inflammatoire intermédiaire, que l'on fait rentrer, peut-être trop souvent, dans le cadre des métrites chroniques. Assurément elle nous échappe fréquemment, car nombre de malades ne se décident à subir le spéculum qu'après une longue période d'inondation leucorréique ; mais combien de fois aussi n'est-elle pas la suite d'un traitement incomplet et pas assez prolongé après les accidents aigus de l'inflammation primitive ?

Ces accidents ont été combattus ; la vaginite concomitante a cédé au bout de plusieurs semaines ; la sécrétion utérine est presque éteinte ; mais, sans plus s'inquiéter de ce reliquat qui va, plus tard, constituer la chronicité, s'il n'est pas le point de départ de complications annexielles, on donne carte blanche à sa malade en ne lui recommandant que l'usage quotidien d'injections anodines.

Un pareil fait n'est malheureusement pas exceptionnel et il est d'autant plus regrettable qu'à cette période de l'affection, il est, en général, facile d'en faire disparaître toute trace, les lésions n'ayant pas encore dépassé la couche muqueuse.

Contre ces lésions, les agents modificateurs et caustiques sont suffisants et il n'est nullement utile de recourir à la curette. Mais deux conditions sont nécessaires pour obtenir promptement la guérison : 1° Il faut que la muqueuse utérine soit unie, déplissée et le plus possible tendue, de façon à ce qu'aucun point de sa surface n'échappe à l'action modificatrice du liquide caustique, et pour cela la dilatation utérine s'impose ; 2° Il faut que le traitement ne subisse pas d'interruption et que, chaque jour, on agisse sur la muqueuse, le canal utéro-vaginal restant soumis à la plus stricte antisepsie.

Donc, la malade étant au lit, le traitement, commencé peu de jours après une période menstruelle, comprendra les temps suivants :

1° Dilatation lente et graduelle de l'utérus ;
2° Nettoyage de la cavité ;
3° Imbibition de la muqueuse par des agents substitutifs ;
4° Tamponnement utéro-vaginal.

On a déjà assez insisté sur ces différents temps de l'opération, pour qu'il n'y ait nul besoin d'y revenir longuement. La dilatation doit être lente et graduelle, et non brusque, ce que l'on obtient avec les tiges de laminaire mieux qu'avec tout autre procédé. Elle sera aussi complète que possible et permanente le temps nécessaire à la renovation de la muqueuse.

La cavité largement ouverte, il sera aisé, chaque jour, de la nettoyer, de l'irriguer et de la débarrasser de ses sécrétions, manœuvres que l'on fera suivre d'attouchements ou mieux de badigeonnages antiseptiques et légèrement caustiques et d'un tamponnement utéro-vaginal, avec de la gaze antiseptique.

Pour réaliser ces derniers temps du traitement, les liquides antiseptiques et les topiques les plus variés ont été employés. Ils comptent, chacun d'eux, des succès et des revers, ce qui n'a pas lieu de surprendre, si l'on songe de quelle façon ils sont parfois appliqués.

Aussi j'avoue ne pas attacher une très grande importance aux choix de ces agents modificateurs. Pourvu qu'ils soient rationnellement maniés, ils sont, les uns et les autres, capables de fournir d'excellents résultats. J'ai bien souvent fait usage de la teinture d'iode, de l'acide phénique, du coaltar, de la créosote, du sublimé, du nitrate d'argent, du chlorure de zinc, etc., sans avoir remarqué les inconvénients que l'on reproche à ces deux derniers.

Depuis plusieurs années j'ai eu souvent recours à la glycérine ichthiolée à 1/10, à la glycérine au traumatol et à la solution de bleu de méthylène à 2 p. 100, dont les effets m'ont semblé un peu plus rapides. Mais, quel que soit l'agent utilisé, l'important est d'atteindre tous les points de la muqueuse et de renouveler les séances tous les 2 ou 3 jours pendant trois septénaires.

Le drainage utéro-vaginal doit être combiné avec les précédentes pratiques ; il en est un adjuvant d'indiscutable valeur, ainsi que cela est généralement reconnu, et, sans vouloir déprécier les

différents drains en métal, en caoutchouc, en crins de Florence, que l'on a préconisés, je n'en connais pas de meilleur que la gaze antiseptique, découpée en lanières, avec lesquelles on entretient en même temps la dilatation. Ce drainage sera renouvelé après chaque lavage et attouchement tous les deux ou trois jours suivant la nécessité.

Ainsi traitée, toute métrite subaiguë, exempte de complications, guérira en quinze ou vingt jours, résultat que l'on n'obtient pas aussi rapide et aussi complet, lorsque le traitement n'est pas régulièrement appliqué.

Traitement de la métrite chronique.

Contre la métrite chronique on a imaginé de nombreuses médications, sur l'efficacité desquelles il y aurait assurément lieu de faire des réserves. Ces médications ont été groupées sous trois chefs : L'abstersion antiseptique de l'utérus ; la cautérisation intra-utérine et le curettage utérin. Nombreux sont les documents, qui vantent l'excellence de chacune de ces méthodes thérapeutiques et certainement je ne les mettrai pas plus en doute que je n'accepterais avec la même foi la relation des échecs qu'elles ont parfois donnés.

Il est incontestable que des inflammations chroniques de l'utérus ont été avantageusement modifiées soit par les simples cautérisations et les instillations sans dilatation préalable, soit par les injections intra-utérines médicamenteuses, les crayons antiseptiques et caustiques, les drainages après dilatation, soit encore par l'injection de vapeurs sèches ou humides, par la columnisation, par le massage ou par divers procédés électrolytiques, mais ne savons-nous pas tous que si un certain nombre de malades ainsi traitées ont été radicalement guéries, il en est d'autres, assez nombreuses, qui ne l'ont été que momentanément.

La période d'accalmie a pu être plus ou moins longue ; il s'est évidemment produit une amélioration locale et générale, mais la guérison n'a jamais été parfaite et, ce qui le prouve, c'est le retour de ces malades dans un cabinet de consultation, connu ou nouveau.

Je veux bien admettre que ces insuccès dépendent moins de la méthode thérapeutique employée que des circonstances forcées (absence de repos complet, dilatation insuffisante, irrégularité des pansements), qui ont apporté des obstacles à la liberté d'agir du médecin. Mais les faits n'en sont pas moins patents. J'en ai vu, pour ma part, un certain nombre ; j'en ai constaté des exemples dans ma pratique personnelle.

Cependant je ne conteste nullement, je le répète, les succès que les cautérisations et le tamponnement intra-utérin peuvent procurer. M. Lutaud a fait l'apologie de ce traitement avec pièces à l'appui et de la façon méthodique et scientifique qu'il l'applique,

je ne suis nullement surpris des résultats qu'il obtient et cela d'autant moins qu'il a dû s'adresser à un certain nombre d'affections subaiguës. MM. Reynier et Beurnier s'en sont également faits les défenseurs.

D'autres prendront encore parti pour cette méthode et moi-même j'agirai encore de même à l'avenir, quand on me refusera le curettage. Mais en présence des insuccès assez fréquents consécutifs a la thérapeutique caustique et des guérisons que donne le curettage, *lorsqu'on a soin de ne pas abandonner l'utérus à lui-même aussitôt après l'opération*, j'avoue donner la préférence à cette intervention.

Je passe sous silence les attaques que l'on a dirigées contre elle et les méfaits dont on l'a accablée. Certes, M. Reynier a grandement raison de rappeler qu'on en a abusé et qu'elle peut être, dans certaines circonstances, la cause de complications annexielles.

Mais ces paroles doivent-elles être une condamnation de la méthode ? Nullement, elles n'en condamnent que l'abus et la mauvaise application et je suis convaincu que notre collègue se fût montré moins sévère à son égard, si ses esprits n'eussent été prévenus par des échecs, non personnels, qui ne sont pas imputables à l'intervention.

M. Verchère, à ce propos, a déjà insisté sur les fautes d'antisepsie trop souvent commises, et par suite dangereuses. Il nous a rappelé que l'opération ne doit pas être pratiquée, quand, avec la metrite, existe une salpingite supurée, mais seulement une salpingite suppurée, car, comme lui, j'ai vu le curettage avoir une heureuse influence sur certaines salpingites parenchymateuses. Bref, notre collègue nous a montré quel bénéfice on pouvait en attendre, lorsqu'on est bien pénétré de cette idée que ce que l'on va faire est une opération, pour laquelle aucune précaution antiseptique ne doit être négligée.

J'ajouterai encore que l'une des conditions de succès, et non la moindre, réside *dans l'exécution des soins post-opératoires.*

On a trop de tendance à croire que la curette fait tout et est suffisante et qu'un ou deux pansements consécutifs sont seuls nécessaires. C'est à l'insuffisance de ces soins qu'il faut attribuer les revers, dont on charge l'opération. Le vrai coupable, c'est l'opérateur.

Aussi, pour prévenir un échec, je prolonge ainsi le traitement. Lorsque le curettage est terminé, et lorsqu'entre deux irrigations un écouvillon a été passé dans la cavité utérine, de façon à la débarrasser des débris muqueux encore adhérents, j'en touche toute la surface avec un tampon de ouate imbibé du mélange suivant :

Glycérine.....	} ââ 5 gr.
Créosote.....	
Acide acétique.....	3 à 5 gr.

Par son action caustique, l'acide acétique peut encore agir sur

les points échappés à la curette et son adjonction aux deux premières substances provoque la disparition plus rapide des sécrétions. Un tamponnement utéro-vaginal à la gaze complète le pansement.

Ces pansements *seront renouvelés tous les deux jours pendant une semaine* et, dans la suite, jusqu'à l'époque des règles, on continuera les lavages et les tamponnements, également tous les deux jours et aussi longtemps que possible dans l'utérus, sans nouvel attouchement avec le mélange caustique. La cure comprend une vingtaine de jours, dans le repos au lit ou à la chambre il est vrai, mais avec la presque certitude d'être complète.

Notons, en terminant, que, chez quelques femmes, il sera nécessaire de réparer le col par telle ou telle opération anaplastique, suivant les lésions, et que, chez la plupart d'entre elles, on devra se préoccuper de l'état général, soit pour le tonifier, soit pour le soumettre à l'action bienfaisante d'une eau thermale, dont il ne faut pas exagérer l'importance plus qu'il n'en faut méconnaître l'utilité.

Pour résumer en quelques lignes ces remarques sur le traitement des métrites, nous dirons :

Les échecs thérapeutiques tiennent bien souvent à l'insuffisance du traitement non continu ou trop peu prolongé.

Ce traitement doit être local et général. Il sera ininterrompu et approprié à chaque variété clinique de l'affection.

La métrite aiguë est justiciable de la médication antiphlogistique, résolutive et antiseptique.

La métrite subaiguë sera traitée par les agents modificateurs et caustiques combinés avec le drainage après dilatation de la cavité utérine.

La métrite chronique sera également traitée par les mêmes moyens, si l'on ne peut mettre en pratique le curettage, suivi de cautérisations pendant une semaine et de lavages et de tamponnement utéro-vaginal pendant 12 à 15 jours.

TROUBLES DE L'INSTAURATION MENSTURELLE ET DE LA MÉNOPAUSE ; LEUR TRAITEMENT

par le Dr Auvard
Accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

L'apparition et la cessation des règles, puberté et ménopause, ne nous intéresse comme médecin qu'autant qu'elles sont accompagnées de troubles pathologiques.

Lorsque tout se passe normalement, c'est une période intéressante seulement pour le moraliste et pour le philosophe, car la transformation intellectuelle de la femme à ces deux périodes de son existence est fertile en observations de diverses natures.

Envisageons-les seulement comme médecins et voyons les troubles, les mesures thérapeutiques à leur opposer, et, d'une façon générale, quelle doit être l'hygiène de la femme à ces deux époques critiques.

A. — PUBERTÉ

Après la ou les premières menstruations, on observe souvent des périodes d'*aménorrée* plus ou moins prolongées.

Tantôt il y a simple suppression des règles, tantôt menstruation déviée.

En un mot on peut voir survenir les divers troubles susceptibles de se présenter avec l'aménorrée.

Dans d'autres cas, au lieu de l'aménorrée, c'est la dysménorrée, règles douloureuses ; la cause habituelle en est le système nerveux, car les maladies du système génital sont rares à cette époque de la vie féminine.

En effet, tant que l'hymen reste intact, les maladies génitales de la femme sont rares, mais la rupture de l'hymen ouvre la porte à toute la pathologie gynécologique !

Dans d'autres cas la puberté est encore marquée par des *ménorragies*.

En résumé, tous les troubles possibles de la menstruation, aménorrée, dysménorrée, ménorragie, s'observent ou peuvent s'observer au moment de l'instauration menstruelle.

Si nous quittons ces troubles purement fonctionnels et cherchons des maladies génitales à lésions précises, nous trouvons qu'au moment de la puberté, il peut se déclarer une véritable métrite, non une simple congestion, mais une véritable inflammation causée par la présence des microbes exerçant leur action sur la muqueuse utérine.

Ces métrites, que j'ai appelées crépusculaires, sont loin d'être rares ; leur bactériologie n'est pas encore bien élucidée, et c'est là une chose qui demanderait à être faite en détail.

Je me contente donc de signaler ici l'existence de cette inflammation utérine.

Enfin, on note fréquemment à cette période de la vie féminine des *désordres cérébraux et psychiques*.

La transformation morale que subit la femme à cette période de son existence, nous laisse facilement comprendre comment chez des sujets prédisposés ces transformations physiologiques pourront devenir pathologiques.

Tous les gynécologues, que le moral féminin intéresse, se sont plu à montrer l'évolution que subit la femme à ce moment : ils ont fait voir la petite fille devenant jeune fille, l'enfant devenant femme.

Hier c'était une enfant qui s'amusait aux jeux de son âge, aujourd'hui c'est une jeune fille qui laisse sa poupée de côté, qui de-

vient rêveuse, travaillée par des désirs encore inconscients, mais qui deviendront de plus en plus précis.

C'est alors que peut se montrer la *neurasthénie*, l'*hystérie*, la *mélancolie*, la *lypémanie*, enfin une véritable folie qu'on a dénommée *folie pubérale* ou *de la puberté*.

C'est souvent à cet âge que surgissent les habitudes d'*onanisme*, d'*érotomanie*, de *nymphomanie*.

Donc chez toute jeune fille prédisposée par l'hérédité à un de ces désordres de l'intelligence, craignez l'influence de la puberté qui est susceptible de faire éclore la maladie latente.

Examinons maintenant quelles sont les mesures thérapeutiques à prendre pour éviter l'apparition de ces troubles, ou pour les guérir quand on n'a pu empêcher leur éclosion.

Traitement préventif.

Le *traitement moral* a ici une grosse importance. Evitez à la jeune fille toute fatigue mentale, évitez le surmenage dont souvent les jeunes filles ne sont pas plus exemptes que les jeunes gens; ce surmenage est toujours mauvais, mais il l'est tout particulièrement au moment de la puberté.

Toute exagération, de quelle nature quelle soit, peut avoir de fâcheuses conséquences à cette période de l'existence où la jeune fille est une véritable sensitive ; c'est ainsi que l'exagération des pratiques religieuses peut à ce moment créer une véritable folie religieuse.

Distraire la personne sans la fatiguer, musique, dessin, travaux divers et soigneusement répartis, sans spécialisation exagérée, telle est la meilleure direction qu'on peut donner à la jeune fille pendant cette difficile période.

Quant à *l'hygiène* à laquelle on la soumettra, il importe au point de vue des exercices de permettre les jeux et sports dont elle à l'habitude, *mais en évitant soigneusement toute exagération.*

Il faut surtout éviter tout ce qui peut être une cause d'excitation génitale, comme la danse sans surveillance.

Combien, par exemple, sont mauvais à ce moment les bals durant tard, et où les jeunes filles sont loin de la surveillance de leurs parents, abandonnées aux mains de jeunes gens plus soucieux de s'amuser que de respecter les compagnes qui leur sont confiées.

La question la plus ou des plus importantes est celle de la toilette intime à conseiller à cette époque.

Dans nombre de pensionnats on défend les soins de propreté intimes, comme susceptibles d'amener des excitations malsaines.

C'est de l'hygiène mal comprise, car la région génitale étant le siège de sécrétions variées, qui viennent s'accumuler dans les plis de la vulve, si ces secrétions ne sont pas enlevées et la vulve tenue, très proprement, il y aura ainsi à son niveau pullulation microbienne source d'inflammations diverses pouvant envahir la région ou les régions voisines.

L'hygiène veut que toute surface accessible du corps soit tenue très proprement ; ce n'est qu'à cette condition que peau et muqueuse conserveront leur intégrité. S'il en est autrement, des inflammations chroniques se développeront et créeront un état pathologique permanent.

La région génitale ne saurait échapper à cette loi générale d'hygiène, et plus que toute autre elle a besoin et par son humidité naturelle et par le voisinage de l'anus d'être soumise à des soins de propreté très minutieux, son intégrité est à cette condition.

Traitement curatif.

Quand un désordre menstruel, ou une maladie génitale, ou encore un trouble de l'intelligence est survenu, on le traitera par des moyens appropriés, que je n'ai pas à décrire ici en détail, car l'exposé de ce traitement appartient à la description de chaque état pathologique.

J'en dirai autant du traitement hydro-minéral, c'est-à-dire des différentes stations d'eaux minérales, qu'on a conseillées pour le traitement des troubles de la puberté.

L'indication en somme se borne à ceci : fortifier l'organisme le plus possible, et s'il existe un état pathologique, instituer le traitement de la maladie en question, en n'omettant aucune des ressources de la thérapeutique en pareil cas.

B. — Ménopause.

La dénomination d'*âge critique* qu'on applique souvent à la ménopause indique combien les troubles pathologiques sont fréquents à cette période de la vie féminine.

L'absence d'écoulement sanguin, auquel l'organisme a été habitué pendant toute la vie génitale, crée divers troubles, tels que *bouffées de chaleur* à la face, *migraines*, *insomnies*, *vertiges*, *poussées hémorroïdaires*, *sueurs* plus au moins abondantes.

Souvent il y a une excitation anormale du système génital qui réveille les désirs sexuels.

Parmi les troubles menstruels qui surviennent à la ménopause les hémorragies comptent parmi les plus fréquents.

Ces hémorragies alternent habituellement avec une leucorrée plus ou moins abondante.

L'aménorrée qui survient à cette période n'est autre chose que la suppression des règles pendant un laps de temps plus ou moins long.

C'est ainsi pendant plusieurs mois une alternance de règles hémorragiques et de périodes aménorragiques plus ou moins prolongées.

Après quelques mois ou quelques années de ces désordres menstruels, la menstruation cesse définitivement.

Les accidents inflammatoires peuvent surgir ici comme au mo-

ment de la puberté : tantôt c'est une ancienne métrite qui subit un coup de fouet sous l'influence des troubles menstruels, tantôt c'est un état inflammatoire qui se crée de toutes pièces, une véritable métrite crépusculaire, le pendant exact de la métrite de la puberté.

Enfin si nous arrivons aux désordres intellectuels nous trouvons l'analogie très grande avec ce qu'on observe au moment de la puberté.

Puberté et ménopause ont en somme sur l'organisme féminin une influence à peu près identique.

La puberté, s'adresse il est vrai, à un organisme jeune, souvent indemne jusque là de tout état pathologique, tandis que la ménopause a au contraire affaire à un organisme vieillissant, fatigué par des maternités plus ou moins répétées.

Chez la pubère, le système nerveux est jeune, chez la ménopausique, il est vieux, déclinant, plus ou moins usé par l'existence antérieure.

Malgré ces différences, et bien d'autres qu'il serait trop long de détailler ici, les désordres que peut présenter le système nerveux sous l'influence de la ménopause, sont très analogues à ceux décrits pour la puberté ; aussi pouvons-nous répéter ici ce que nous avons dit tout à l'heure relativement à la *neurasthénie*, à *l'hystérie* et aux diverses formes de folie qui peuvent survenir à ce moment.

Toutefois, s'il est un désordre du système nerveux qui se montre ici de préférence, c'est bien la neurasthénie ; et chez les femmes qui antérieurement ont déjà présenté le stigmate de cette maladie, on la voit le plus souvent refaire une apparition plus ou moins longue et durable au moment de la ménopause.

Parmi les troubles du système nerveux, je noterai également la *grossesse nerveuse*, illusion si particulière dont les avides de maternité arrivent à combiner inconsciemment tous les détails.

L'érotomanie, *la jalousie morbide*, *le délire religieux*, *les manifestations mélancoliques*, *l'hypochondrie*, se montrent aussi avec fréquence au moment de la ménopause.

Il n'est pas sans intérer d'étudier *l'influence de la ménopause sur divers états pathologiques.*

Tumeurs fibreuses.— Ordinairement les tumeurs fibreuses diminuent après la ménopause ; c'est la raison pour laquelle on a conseillé la castration contre ce genre de tumeur. La castration créée une ménopause anticipée.

Toutefois, si certains fibromes diminuent, il en est qui restent stationnaires après l'âge critique et il en est qui augmentent.

L'influence exercée sur la tumeur semble surtout dépendre de son volume.

Quand la tumeur est petite, elle diminue après la ménopause ; quand elle est volumineuse, elle continue à grossir.

Conclusion: Les petits fibromes guérissent avec la ménopause, mais les gros se jouent d'elle. Ce point est important à connaître pour la conduite à tenir en cas de fibrome utérin.

Cancer utérin. — Bien que les statistiques révèlent la fréquence du cancer utérin au moment de la ménopause, il ne semble pas qu'il y ait là une influence réelle de l'âge critique sur la production de cette maladie, mais c'est plutôt une question de coïncidence.

Maladies du système digestif. — La ménopause a une influence nette et peu contestable sur la production des troubles dyspeptiques de nature nerveuse. La chose, d'ailleurs, s'explique facilement d'après ce qui a été dit de l'influence de la cessation des règles sur le fonctionnement du système nerveux. Ce système nerveux étant profondément troublé par la ménopause, toutes les maladies dont l'influence nerveuse est nette seront naturellement exposées à se montrer à cette période de la vie féminine.

Maladies de la peau.— La ménopause prédispose aux maladies de la peau, et exagère ordinairement celles qui existent préalablement. Le prurigo et l'eczéma, de même que l'urticaire, sont les maladies qui se montrent de préférence en pareil cas. Le prurit des organes génitaux est aussi très fréquent à cette période.

Organes des sens. — L'ouïe et la vue peuvent à ce moment subir des troubles nerveux plus ou moins accusés, diminuant l'acuité de ces organes, ou arrivant à les paralyser plus ou moins complètement.

Diathèses. — Parmi les diathèses, la ménopause ne paraît avoir d'influence que sur le rhumatisme et la goutte. En Angleterre où la goutte est assez fréquente, même chez la femme, on voit de préférence les attaques de cette maladie se déclarer à la puberté et surtout à la ménopause.

Voyons maintenant quelles doivent être les précautions à prendre pour éviter dans la mesure du possible les troubles pathologiques dont la ménopause peut être la source.

Traitement moral.

Traitement hygiénique.

Traitement moral. — La femme à cette période de son existence étant particulièrement irritable, on devra éloigner d'elle toutes les causes d'irritation dans la mesure du possible, sinon on pourra voir survenir des crises nerveuses et dans certains cas des désordres intellectuels, une véritable folie. En somme, il faut entourer la femme d'un véritable atmosphère de calme et de tranquillité ; c'est le seul moyen de lui permettre de franchir sans anicroches cette difficile période de la ménopause.

Si, au contraire, les incidents d'une vie troublée viennent compliquer les ennuis habituels de l'existence, la femme, à moins d'être

douée d'un tempérament très résistant, sera sujette aux accidents dont nous avons parlé, et contre lesquels il conviendra d'instituer un traitement approprié.

Traitement hygiénique. — Injections antiseptiques chaudes prises d'une façon régulière. Hydrothérapie sous forme de douches écossaises, ou encore usage du tub quand l'hydrothérapie ne peut être facilement exécutée.

Traitement des accidents de la ménopause. — Dans les périodes d'aménorrée plus ou moins longues qui se produisent à plusieurs reprises, y a-t-il lieu, ainsi qu'on est souvent sollicité à le faire, de rappeler les règles par des moyens artificiels ?

Parmi ces moyens l'apiol est le médicament le plus en vogue — La femme souffrant de malaises, de bouffées de chaleur et d'autres symptômes analogues, les attribue à l'absence des règles, et se figure qu'en rappelant le sang elle sera débarrassée de ces ennuis.

C'est une erreur : ces troubles sont inhérents à la ménopause elle-même, et non à l'aménorrée qui existe momentanément. Il n'y a donc pas lieu de tenter de ramener les règles, sinon on provoquera inutilement une congestion de l'utérus qui souvent n'aboutira pas à l'écoulement qu'on désire provoquer.

En cas de ménorragies, habituellement d'autant plus abondantes que la période d'aménorrhée qui l'a précédée a été plus longue, on emploie les moyens ordinaires : injections chaudes, ergot de seigle à l'intérieur, au besoin tamponnement vaginal. Le curage ne sera indiqué en pareil cas que s'il y a réellement une complication inflammatoire du côté de l'utérus, mais s'il s'agit d'une ménorragie simple sans autre complication, le curage n'est en aucune façon indiqué.

Quant aux autres complications qui peuvent surgir à ce moment notamment du côté de l'intelligence, on leur appliquera le même traitement qu'en dehors de la ménaupose.

En somme la ménopause joue ici le rôle étiologique, elle explique l'apparition de ces troubles, mais elle ne crée pas d'indication spéciale de traitement.

MÉTRORRAGIE ET MARIAGE

Par le Dr Ad. Olivier.

Sous ce titre, M. le professeur Eustache, de Lille (1), publiait, il y a quelques mois, un petit mémoire basé sur une fort intéressante observation, dont voici le résumé :

Mlle X... eut à 14 ans divers accidents hystériques. L'année suivante elle était réglée pour la première fois, mais sous l'influence d'une émotion vive, six semaines après, les règles se supprimaient

(1) *Journal des sciences médicales de Lille*, 7 juillet 1897.

pour ne reparaître que quinze mois plus tard. Tout d'abord, l'écoulement, accompagné au début de douleurs intenses, ne présente rien d'anormal ; mais bientôt, au lieu de diminuer et de cesser, il persiste et pendant trois années consécutives il n'y eut pour ainsi dire aucune interruption. Le médecin traitant essaye successivement tous les hémostatiques ; l'hydrothérapie, les injections vaginales chaudes échouent. On s'attaque alors à l'utérus : on fait la dilatation du col et on place des crayons ; on pratique le curettage et le redressement de l'utérus par des tiges rigides, la dilatation et le tamponnement intra-utérin par le procédé de Vulliet. Après chaque intervention l'écoulement disparaît quelques jours, puis reprend de plus belle. L'électrisation intra-utérine ayant échoué, on se résout à faire la columnisation du vagin.

Au cours de ces diverses interventions le médecin, ayant été interrogé sur la possibilité d'un mariage, avait cru devoir conseiller l'abstention. Un an après il apprenait que sa cliente était fiancée, et la mère venait lui demander de tenter un dernier effort pour guérir la malheureuse jeune fille ; tout fut inutile ; le jour de la noce arriva et la situation n'avait pas changé. Le fiancé ne savait rien ; que faire ? Le médecin conseilla à la jeune fille de faire sa toilette comme si elle n'avait rien. Le lendemain l'hémorragie avait cessé ! Le sang ne reparut que quatre-vingt-douze jours plus tard; on crut à une fausse couche ; quatre jours après, l'écoulement cessait et depuis deux ans il n'a pas reparu.

Je rapprocherai de ce cas fort intéressant celui d'une jeune femme que j'ai soignée vers la fin de l'année 1896 et dont voici l'histoire :

Madame B..., couturière, née et demeurant à Paris, mariée depuis deux ans, est âgée de 23 ans. Son père est mort à 43 ans, alcoolique très probablement : sa mère, vit encore et est bien portante ; cependant, au dire de sa fille, elle serait nerveuse, irritable, pleurant facilement. Son enfance a été troublée par différentes maladies, notamment la rougeole et la coqueluche. A 12 ans les règles se montrèrent pour la première fois et s'accompagnèrent de douleurs violentes dans le bas-ventre, douleurs qu'on eut beaucoup de peine à calmer. L'écoulement sanguin dura huit jours et se suspendit. Dix jours après, les règles réapparaissent et à partir de ce moment la jeune fille perd tous les jours un peu de sang. Les parents consultèrent un médecin qui conseilla l'hydrothérapie, les toniques, les bains de mer, un séjour à la montagne ; l'ergotine fut administrée à hautes doses ; rien ne réussit. Fatigués de ces essais inutiles, au bout de deux ans, les parents suspendirent tout traitement et la malheureuse enfant fut condamnée à la garniture perpétuelle.

Ces pertes continuelles n'influencèrent pas autant qu'on pourrait le croire l'état général, l'enfant grandissait et devenait forte, le système nerveux a seul semblé influencé. Peu à peu apparurent

des troubles hystériques, sensation de boule, contractions spasmodiques du pharynx, ovoralgie, passage brusque des rires aux pleurs, irritabilité très grande, insomnies, hémianesthésie, etc. Il n'y a jamais eu d'accès proprement dit.

Bref, la vingtième année arrivant, on songea à marier la malade et, un parti s'étant présenté, on l'accueillit avec joie, sans se préoccuper de ce qui pouvait se produire ; on ne demanda même pas avis au médecin. Le jour du mariage arriva et le jeune ménage partit pour le Midi, comptant se rendre en Italie, mais il dut s'arrêter à Marseille.

En arrivant dans cette ville, la jeune femme fut prise d'une hémorragie telle qu'un médecin appelé en toute hâte jugea nécessaire de faire, séance tenante, un tamponnement vaginal très tassé, afin d'opposer une barrière au flot vraiment effrayant qui s'écoulait. Il fit ensuite plusieurs piqûres successives d'ergotine. Les jours suivants, il renouvela le tampon et ce n'est qu'au bout de huit jours qu'il crut pouvoir le supprimer ; l'écoulement n'était pas complètement arrêté, mais il n'y avait plus de danger.

Cette perte de sang considérable, déterminée très certainement par les premiers rapports sexuels, avait considérablement anémié la jeune femme et ce ne fut qu'au bout de trois semaines qu'elle put quitter la chambre. Le médecin, craignant une nouvelle hémorragie à l'époque des règles en raison de la persistance d'un petit suintement sanguin, conseilla au jeune ménage de renoncer au voyage en Italie et de rentrer à Paris ; le conseil fut suivi.

Le lendemain du retour, les règles se montrèrent, furent très abondantes, mais n'affectèrent pas le caractère métrorragique ; elles durèrent dix jours et se continuèrent en un petit suintement. Le médecin de la famille consulté conseilla l'hydrothérapie, le glycérophosphate de chaux à l'intérieur, les vins généreux, etc. Le traitement fut suivi exactement pendant trois mois sans grand résultat. Il y eut alors une consultation avec un chirurgien des hôpitaux, qui fut d'avis de faire le curettage. Après quelques hésitations, la famille consentit à l'opération, qui fut pratiquée sous le chloroforme. Les suites en furent excellentes ; tout suintement cessa. Quinze jours plus tard les règles se montraient accompagnées de douleurs assez vives, mais sans trop d'abondance ; elles cessaient au bout de cinq jours.

Quelques jours plus tard les époux croyaient pouvoir reprendre les rapports sexuels ; dans la même nuit le sang reparaissait. A partir de ce moment, tous les jours, il s'écoula un peu de sang. Une saison à Salins ne modifia pas la situation. Au retour on essaya des crayons intra-utérins d'iodoforme, des injections de teinture d'iode, etc., sans le moindre succès. Fatiguée de tous ces traitements, la malade se refusa un jour à tout soin et se contenta d'injections antiseptiques vaginales.

Dans les premiers jours de décembre 1896, sur les conseils pres-

sants d'une amie, je fus appelé auprès de Mme B. que je trouvai dans l'état suivant : Quoiqu'âgée de 23 ans seulement, on lui donnerait 35 ans ; le front est ridé, la face est pâle, cireuse, les traits sont tirés ; elle est allongée sur une chaise longue, soutenue par des coussins. La malade est extrêmement faible. Elle ne souffre pas dans le ventre ; elle se plaint seulement d'un manque absolu d'appétit, de vertiges, quand elle veut se mettre debout, de névralgies qui voyagent. L'examen général ne décèle rien de particulier : le cœur est sain, il y a un souffle d'anémie à la base ; le foie est normal au moins dans ses dimensions, le ventre est souple, non douloureux même dans la région ovarienne ; on ne sent rien au niveau du détroit supérieur du bassin.

L'examen des organes génitaux me permet de constater un écoulement sanguin très léger ; la vulve et le vagin ne présentent rien d'anormal ; l'utérus, par le toucher et le palper combinés, paraît avoir des dimensions ordinaires, il est mobile, dirigé normalement, non douloureux à la pression ; le col, un peu gros, est entr'ouvert. L'examen au spéculum permet de voir un col absolumet sain par l'orifice duquel sort un peu de sang noirâtre.

En présence de l'état d'anémie profonde dans lequel se trouvait la malade, je voulus agir vite et je proposai un moyen qui m'a souvent réussi dans la métrite hémorragique, la galvano-caustique intra-utérine par la méthode d'Apostoli. Mais Mme B. se refusa absolument à toute application électrique, malgré mes explications et l'affirmation que les applications étaient peu douloureuses. Je me décidai alors à employer une méthode que j'applique avec succès depuis trois ans dans les cas de métrite hémorragique, et qui consiste en instillations intra-utérines de glycérine créosotée au tiers soigneusement stérilisée. Comme la malade doit avoir ses règles sous peu de jours, il est entendu que je ne ferai la première instillation que deux jours après la cessation des règles. Je défends tout rapport sexuel pendant la durée du traitement.

C'est le 9 janvier que j'y procède ; je place la malade dans la position obstétricale, je donne une injection vaginale antiseptique, puis, le spéculum étant mis en place, j'introduis au fond de l'utérus la longue canule mousse de ma seringue spéciale préalablement expurgée et remplie de solution créosotée. J'abaisse l'excentrique et lentement, tournant le piston de gauche à droite, j'instille dix gouttes. Je retire doucement la canule, je mets un tampon d'ouate hydrophiled estiné à recueillir le liquide qui pourrait s'écouler et j'enlève le spéculum. La malade est remise dans son lit. Quelques coliques dans la journée. Le soir on retire le tampon et on fait une injection de solution de sublimé au 4/1000e à 45°.

Le lendemain et jours suivants le suintement persiste. Je fais une injection les 12, 16, 19 et 23 janvier. Le 1er février les règles apparaissent, elles s'accompagnent de douleurs vives, la perte est

abondante ; durée sept jours. Arrêt du sang. Instillations les 9, 13, 16, 19, 22 et 25 ; le 28, apparition des règles ; abondance moyenne, durée 4 jours.

Comme la malade n'a pas perdu entre les époques de janvier et février, j'espace les instillations ; quatre seulement sont faites en mars. Le 26, règles normales. — En avril deux instillations, le 6 et le 14. A la fin du mois les règles ne se montrent pas, je ne m'en étonne pas ayant souvent constaté le fait ; je m'abstiens de toute intervention. Le 22 mai, les règles apparaissent et se passent sans incident. La malade peut être considérée comme guérie. Dix jours après les règles j'autorise, non sans appréhensions, la reprise des rapports sexuels tout en recommandant une extrême modération. La santé générale commença à s'améliorer à partir du mois de février ; la malade put prendre un peu d'exercice et sortir en voiture ; l'appétit revint peu à peu, les forces augmentèrent.

Au mois de juin, quand je vis Mme B. pour la dernière fois, elle allait fort bien et pouvait vaquer à ses occupations sans fatigue. J'ai eu de ses nouvelles récemment, elle continue à aller bien, les règles reviennent régulièrement et sont absolument normales. »

N'ayant en vue que le mariage chez les métrorragiques, je ne veux pas insister sur le traitement que j'ai employé chez ma malade et qui a si bien réussi ; je m'en sers depuis près de trois ans dans les cas de métrite hémorragique et presque toujours j'ai obtenu la guérison. Je compte du reste vous en reparler, lorsque mon expérience sera suffisante.

Les faits du genre de ceux que je viens de rapporter sont, somme toute, assez rares ; ce qu'on observe plus fréquemment ce sont des troubles plus ou moins accentués qui marquent la première période de l'instauration menstruelle : irrégularité, aménorrhée, ménorragies, qui durent plus ou moins longtemps, mais qui s'atténuent à la longue et disparaissent. Il est tout à fait exceptionnel de voir une jeune fille perdre d'une façon continue pendant plusieurs années, malgré les traitements employés. Pour ma part, je n'en ai observé que trois cas ; le dernier, celui que je viens de rapporter, est le seul que j'aie pu suivre jusqu'au bout. Dans les deux autres cas, après un traitement plus ou moins long, les malades ennuyées de ne pas guérir s'en sont allées et je les ai perdues de vue.

Quoi qu'il en soit, le médecin peut être appelé à donner son avis dans un cas analogue au mien, que doit-il dire ? Permettra-t-il le mariage ?

Vous vous rappelez que, lorsque la mère vint demander au professeur Eustache si elle pouvait marier sa fille, notre confrère répondit négativement ; cependant il hésita ; il dit, en effet, dans son observation : « J'étais convaincu que l'hémorragie tenait beaucoup plus au tempérament hystérique de la jeune malade qu'aux

lésions, du reste assez peu marquées, de l'utérus et de ses annexes et j'admis parfaitement que dans ces conditions le mariage pourrait bien peut-être ne pas nuire, qu'il pourrait même être avantageux, mais en avouant que je ne saurais avoir aucun élément certain de pronostic. Craignant même de voir mon indécision prise comme un encouragement, je conclus que, en présence de l'incertitude probable des avantages et de la probabilité infiniment plus grande des inconvénients, il était préférable de ne pas y songer. » La suite a donné tort et raison en même temps à M. Eustache ; tort en apparence, puisque la malade ayant passé outre au veto du médecin, il n'en est résulté que du bien ; raison en réalité, puisque les résultats ont confirmé l'opinion intime de notre confrère.

Ce résultat heureux nous trace-t-il pour l'avenir une ligne de conduite ? Nous permet-il d'autoriser le mariage dans un cas analogue ? Non, très certainement, ce serait s'exposer à des désastres ; le cas que je viens de rapporter le démontre péremptoirement. En effet, il s'agit, comme dans le cas de M. Eustache, d'une hystérique, fille d'alcoolique et d'hystérique, et cependant les conséquences du mariage ont été bien différentes ; dans le premier cas il y a eu arrêt de l'hémorragie ; dans le second l'hémorragie a été telle qu'elle a failli emporter la malade. On ne peut donc s'en rapporter à l'état plus ou moins nerveux de la jeune fille pour permettre ou défendre le mariage ; du reste, quel est le gynécologue qui n'a pas vu les règles se supprimer brusquement à la suite d'une émotion vive chez une femme bien équilibrée quant au système nerveux ? Nous ne savons que trop quels sont les effets des premiers rapports sexuels sur le système génital de la femme pour hésiter un instant dans la réponse à faire à la question posée plus haut. Chez les jeunes filles atteintes de métrorragie persistante il faut proscrire le mariage tant que l'écoulement sanguin n'aura pas complètement disparu depuis un temps assez long pour laisser espérer qu'il ne reparaîtra pas sous l'influence des rapports sexuels.

OBSTÉTRIQUE

M. Doléris : **Sur un nouveau perce-membranes.**

Le nouveau perce-membranes que j'ai l'honneur de présenter à la Société est tout entier en acier nickelé ; il sort des ateliers de la Maison Collin et se compose de deux parties qui sont continues l'une avec l'autre.

Un doigtier flexible et fendu sur sa face palmaire de façon à permettre l'introduction de l'index, quel que soit son volume.

Il se continue sur sa face dorsale avec l'*ongle de fer* propre-

ment dit : celui-ci se recourbe à son extrémité libre ; et sa portion tranchante, pointue et taillée en biseau de chaque côté dans une étendue de 1 centimètre environ, s'applique exactement sur la face correspondante de la pulpe de l'index, de façon à faire, pour ainsi dire, corps avec elle et à ne pas léser les parties molles du vagin.

La longueur de l'instrument tout entier est calculée de façon à ne pas emprisonner l'articulation phalango-phalangienne et à lui laisser la liberté des mouvements. Il repose sur une base taillée obliquement de la face dorsale à la face palmaire pour la même raison.

Vous remarquerez que le doigtier est interrompu sur sa face palmaire et sur les côtés, taillés en encoche arrondie, pour laisser libres toute la pulpe de l'index et les parties latérales du doigt explorateur.

Cet instrument a pour avantage de permettre aux sensations tactiles de se faire sans aucune gêne et d'arriver jusqu'aux membranes en se rendant exactement compte du chemin parcouru, et en reconnaissant sans aucune erreur les diverses parties que l'on explore. Il est impossible, en outre, de blesser les parties molles qui s'écartent à mesure que le doigt armé se présente à elles. Parvenu sur les membranes, et par une simple flexion de l'index, l'ongle de fer les accroche et les déchire aisément, quelles que soient leur épaisseur et leur résistance.

En somme, — exploration facile et sans aucun danger, — perception exacte des moindres sensations, — déchirures aisée des membranes résistantes, et, par-dessus tout, emploi d'une seule main, et nous pourrions dire d'un seul doigt, — tels sont les avantages qui résultent de l'application de ce perce-membranes, actuellement usité à la Maternité de Boucicaut, où mes élèves et moi avons pu, à maintes reprises, nous rendre compte des services qu'on est en droit d'en exiger. (*Société obstétricale et gynécologique de Paris.*)

AVANTAGES COMPARATIFS DE L'ACIDE PHÉNIQUE ET DU SUBLIMÉ DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE (GLYCO-PHÉNIQUE ET SUBLIMÉ).

On sait que M. le Pr Tarnier était resté un des fidèles de l'acide phénique. Son opinion est basée non seulement sur une pratique hospitalière de plus de trente années, mais aussi sur des expériences faites à la Maternité.

Il nous a paru intéressant de faire connaître à nos lecteurs les

pages dans lesquelles notre regretté maître fait ressortir les avantages de cet antiseptique par excellence (1).

« Les expériences sur le vibrion septique sont très instructives, car elles nous montrent qu'en maniant le sublimé et l'acide phénique d'une façon différente, celui-ci peut donner des résultats supérieurs à ceux du sublimé, avec cette réserve, qu'il est impossible d'assimiler complètement les expériences de laboratoire, et les données de la clinique.

Le vibrion septique a un rôle prépondérant dans l'infection putride, et celle-ci se produit principalement quand il y a rétention du placenta, aussi bien après l'avortement qu'après l'accouchement à terme ; or, vous savez que, dans ces circonstances, les injections intra-utérines sont absolument indiquées et souvent héroïques.

Sans doute, le sublimé pourrait être utilisé, en injections intra-utérines pour combattre le vibrion septique et l'infection putride, mais une *pareille manière de faire serait particulièrement dangereuse* dans le cas qui nous occupe, car le placenta formant éponge, retiendrait une certaine quantité de la solution de sublimé, ce qui augmenterait les dangers d'intoxication par le sel mercuriel.

Aussi, lorsque vous venez de pratiquer une injection intra-utérine de sublimé, devez-vous, aussitôt après, faire une injection intra-utérine d'eau boriquée, pour enlever le sublimé qui, sans cela, pourrait rester dans l'utérus. Si, au lieu de sublimé, vous vous servez d'acide phénique, le lavage boriqué consécutif est inutile, car l'intoxication est alors moins à redouter.

Comparons ces deux manières de faire, en nous reportant aux expériences entreprises sur le vibrion septique, avec la flanelle albumineuse.

Si la flanelle infectée est plongée dans une solution de sublimé à 0,20 pour 1000, puis *lavée*, afin que l'action de l'antiseptique ne puisse se prolonger, on constate que 40 minutes d'immersion dans la solution mercurielle sont nécessaires pour tuer le vibrion septique et ses spores.

Une autre expérience, faite avec l'acide phénique à 20 p. 1000, a démontré que, si la flanelle, après avoir été plongée dans l'antiseptique, *ne subit pas de lavage consécutif*, il faut 10 minutes seulement pour tuer le vibrion septique et ses spores.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous convaincre qu'il résulte manifestement de ces expériences, que l'injection intra-utérine de sublimé, *suivie d'un lavage*, est quatre fois moins énergique que l'injection phéniquée *non suivie de lavage*. C'est uniquement par suite de cette considération, que je regarde l'acide phénique comme étant préférable au sublimé dans les cas de rétention placentaire. »

(1) De l'Asepsie et de l'Antisepsie en obstétrique. Paris, 1894, p. 192, 193, 194 et suivantes.

M. Tarnier donne ensuite le formulaire des solutions phéniquées.

La solution-mère d'acide phénique peut être faite avec de la glycérine.

A. phénique cristallisé.....	300 gr.
Glycérine.....	600 gr.

pour usage externe.

Ce liquide est plus riche en acide phénique, car la glycérine est plus dense que l'alcool.

J'ai dû insister sur ce point, car les gens du monde et même quelques médecins, se figurent qu'il suffit qu'un liquide, pour être efficace, contienne un peu d'acide phénique. Ils versent donc quelques grammes d'une solution d'acide phénique dans une cuvette d'eau, et, comme cette eau répand l'odeur caractéristique du phénol, ils la décorent du nom de solution antiseptique, et l'emploient de confiance; mais ils sont loin d'avoir une solution ayant un pouvoir antiseptique véritable; là, où il faudrait 20 gr. d'acide phénique cristallisé par litre, il n'y a que quelques grammes d'une solution à un titre souvent faible.

On n'obtient rien de bon dans ces conditions ; prendre l'odeur de l'acide phénique comme critérium de son pouvoir antiseptique, c'est prendre l'ombre pour la proie.

Les solutions-mères sont souvent mesurées avec peu de précision par des gardes négligentes ; tantôt la quantité d'acide phénique est trop faible, tantôt elle est trop forte. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai pris l'habitude, dans la pratique civile, de faire préparer par des pharmaciens des petits flacons contenant chacun 20 gr. d'acide phénique, c'est-à-dire la quantité nécessaire pour obtenir un litre de solution à 20 p. 1000, et je prescris :

A. phénique cristallisé.....	20 gr.
Alcool ou glycérine.....	30 gr.

Pour usage externe.

Les gardes doivent verser dans un litre d'eau le contenu de l'un de ces flacons, et bien agiter le mélange. En comptant le nombre des flacons vides, le médecin peut donc savoir si ses prescriptions ont été scrupuleusement observées.»

Telles sont les raisons qui militent, d'après M. le professeur Tarnier, en faveur de l'acide phénique contre le sublimé chaque fois qu'on aura a combattre les accidents résultant d'une rétention partielle de l'œuf dans la cavité utérine.

A côté de ces raisons basées sur l'expérimentation et sur la clinique, il en est d'autres qui ont également leur importance. Nous voulons parler de la *sécurité des malades.* Il n'est pas de semaines où nous n'ayons à enregistrer des accidents plus ou moins graves, quelquefois mortels, à la suite d'injections de sublimé dans la cavité utérine qui présente une énorme facilité d'absorption dans l'état puerpéral. Si l'on ajoute à cela les erreurs fréquentes

de la part des personnes qui soignent les malades et peuvent injecter des solutions mercurielles dans le rectum, on conviendra, avec M. Tarnier, que les solutions phéniquées doivent avoir la préférence, sauf quelques rares exceptions.

Les formules de M. Tarnier sont toutes à base de glycérine ; ce sont, en somme, des *glyco-phéniques* tels que les avait préconisés Déclat il y a plus de vingt ans lorsqu'il a introduit ce précieux antiseptique dans la pratique.

Nous leur ferons cependant le reproche d'être un peu fortes, ce qui est un inconvénient pour la pratique de la ville. Nous leur préférons la formule qu'avait donnée Déclat lui-même et qui est actuellement désignée sous le nom de *glyco-phénique*. Cette préparation, qui contient 10 °/o d'*acide phénique pur*, est plus commode à doser et expose moins à des accidents toxiques. C'est pour cette raison que nous lui donnons la préférence, non seulement en obstétrique et en gynécologie, mais encore dans tous les cas où il convient d'utiliser les propriétés antiseptiques et analgésiantes de l'acide phénique.

PÉDIATRIE

L'ALLAITEMENT A L'HOTEL-DIEU DE PARIS.

« Toute femme saine doit allaiter son enfant. » Cette maxime inscrite par le professeur Pinard, sur les murs de la Clinique Baudelocque a inspiré la thèse inaugurale du Dr Héry. Comme lui-même l'expose au début de son travail, il a étudié l'allaitement des nouveaux-nés sur les conseils de son maître Lepage, à la suite d'une série de leçons professées, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe.

« Dans ces conférences, le Dr Lepage a résumé d'abord l'enseignement magistral fait par le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, pendant l'année scolaire 1893-94, sur l'allaitement maternel. Puis il a exposé quelle était l'importance d'une bonne direction donnée à l'allaitement dès le début et il a précisé la façon de le conduire.

Le Dr Lepage a particulièrement insisté sur ce point qu'une femme allaitant pour la première fois a d'autant plus de chances de devenir rapidement une nourrice suffisante pour son enfant, que d'emblée elle le nourrit seule *exclusivement*. »

Ces théories sont pleinement justifiées par les résultats obtenus pendant les six mois que le Dr Lepage a dirigé le service d'accouchements de l'Hôtel-Dieu, et c'est ce que démontre la thèse du Dr Héry en s'appuyant sur les 652 observations recueillies pendant ce temps.

La règle établie dans le service était la suivante :

1° En principe, toute femme doit, pendant son séjour à l'hôpital, *allaiter seule* son enfant.

2° On ne donnera à aucun enfant le sein d'une nourrice ou du lait stérilisé, sans prescription formelle faite à la visite, après constatation d'une nutrition réellement insuffisante.

Or, à l'Hôtel-Dieu, sauf 30 exceptions se répartissant ainsi :

13 cas de femmes aidées par une nourrice,
11 — d'allaitements mixtes,
6 — d'allaitements artificiels.

Total..... 30

l'allaitement a été exclusivement maternel.

Comme nous le disions, il y a un instant, le service de l'Hôtel-Dieu annexe a reçu, du mois de mai au mois d'octobre 1896, 652 femmes qui y sont accouchées. Ces 652 femmes, qui sont toutes sorties vivantes, ont donné :

71 enfants morts (fausses-couches, macérés, morts-nés, morts dès le premier jour) ;

592 enfants nés vivants, dont 581 sont sortis vivants.

Les 652 accouchements comprennent :

12 grossesses gémellaires ;
1 grossesse triple.

Des 592 enfants, il faut déduire :

4 enfants envoyés en nourrice dès le premier jour.
30 — allaités autrement qu'au sein maternel.
23 — issus de grossesses gémellaires.
12 — dont les observations manquent.

Il reste donc 523 enfants nourris exclusivement au sein de la mère.

Pour les étudier dans leur développement, le Dr Héry les a répartis en deux grandes classes, suivant que les mères allaitaient pour la première fois ou avaient déjà nourri antérieurement.

Dans chacune de ces classes, les enfants ont été répartis, d'après leurs poids de naissance, et classés ainsi qu'il suit :

Enfants de	2.010 grammes	à	2.500 grammes.	
—	2.510	—	3.000	—
—	3.010	—	3.500	—
—	3.510	—	4.000	—
—	4.010	—	4.500	—

Un seul enfant a dépassé le poids de 4.500 gr., il a été laissé dans la dernière catégorie.

Grâce à cette classification, le Dr Héry a recherché :

1° Quelle était chez les enfants la diminution de poids maxima et pendant combien de jours elle se manifestait ;

2° Quelle a été l'augmentation quotidienne et à partir de quel jour elle a commencé.

Quelques enfants, d'un poids de naissance inférieur à 2.000 gr. ne figurent pas dans les moyennes ; ce sont, en effet, des prématurés, qui constituent au point de vue de l'allaitement un chapitre tout spécial.

De même les grossesses gémellaires ne sont pas classées en un tableau spécial.

Le Dr Héry n'a pas la prétention d'avoir apporté des faits nouveaux ; il a fait plus, il a montré, par l'expérience et la statistique, la justesse de l'enseignement de ses maîtres et la valeur de la bonne cause dont il s'est fait le défenseur. Aussi conclut-il fermement que toute mère doit allaiter son enfant et qu'il faut que les femmes sachent bien que la maternité, c'est leur patriotisme et que le sang que les hommes sont si fiers de verser pour leur pays, ce n'est que le lait qu'elles leur ont donné.

TRAITEMENT DE LA DILATATION DES BRONCHES CHEZ LES ENFANTS

(Sotiroff.)

La bronchectasie survenant surtout à la suite de la bronchopneumonie, quand on se trouve en présence d'un enfant atteint de cette dernière, et surtout pendant la convalescence, il faut s'efforcer par une bonne hygiène, par les révulsifs (vésicatoires, pointes de feu), les expectorants (kermès), les balsamiques (térébenthine, tolu, goudron, thymol), de hâter la guérison.

Une fois la dilatation des bronches reconnue, on s'occupera de calmer la toux, modifier et tarir les sécrétions bronchiques, faciliter l'élimination des toxines résorbées au niveau des bronches.

Chez les enfants assez âgés et assez vigoureux on peut employer les vomitifs à dose modérée, une ou deux fois par semaine, suivant les indications : ipéca, tartre stibié, sulfate de cuivre. On calmera la toux par les balsamiques (baume de copahu et de tolu, acide benzoïque, benzoate de soude, benjoin, térébenthine). On a vanté encore la créosote à la dose de 5 ou 10 centigrammes ; des inhalations d'acide phénique à 2 p. 100 ; la teinture d'eucalyptus globulus de 1 à 3 grammes par jour.

Le mélange suivant est recommandé par Stewart :

Menthol.....	10	grammes
Gaïacol.....	2	—
Huile d'olive.....	88	—

Il fait deux injections intratrachéales, par jour, de 4 grammes environ par injection.

On peut employer encore les inhalations et pulvérisations d'eaux sulfureuses et arsenicales.

On doit veiller à ce que ces malades ne refroidissent pas et leur éviter les chances de nouvelles contagions.

Traitement chirurgical. — M. Dieulafoy émet l'opinion suivante : quand on pense au pronostic presque fatal qui accompagne la bronchectasie, on se dit que c'est encore dans la chirurgie qu'est l'avenir du traitement rationnel des dilatations bronchiques.

M. Rendu indique les règles suivantes pour l'intervention chirurgicale :

1° Quand la médication interne et les inhalations antiseptiques sont impuissantes à corriger la fétidité de l'expectoration, que l'état général devient mauvais, et qu'il y a des symptômes évidents de septicémie.

2° Quand la bronchectasie est limitée à un seul poumon vers le lobe inférieur et en rapport avec des adhérences pleurales, lorsque les signes sthétoscopiques indiquent la présence d'une cavité volumineuse se vidant et se remplissant alternativement.

3° Quand il n'existe ni tuberculose ni gangrène évidente du poumon. Ce dernier point est parfois difficile à établir.

L'opération est contre-indiquée quand le poumon du côté opposé est très emphysémateux, et aussi quand la dilatation bronchique est bilatérale, ce qui se rencontre fréquemment.

Suivant M. Marfan, l'intervention chirurgicale est indiquée quand le cas remplit les trois conditions suivantes : 1° il y a une dilatation ampullaire, qu'on peut supposer unique ; 2° le contenu de cette dilatation est putride ; 3° la ponction exploratrice a montré le siège précis de la dilatation.

Dans la plupart des cas, cependant, la pneumotomie n'a pas donné de guérison. C'est que la percussion, l'auscultation et même la ponction exploratrice sont des moyens insuffisants pour le diagnostic certain d'une excavation dans le cas de bronchectasie chez les enfants. Avant de se décider à intervenir chirurgicalement dans un cas de dilatation des bronches, il faut faire l'examen du thorax par la radioscopie. Ce dernier moyen d'exploration sera des plus utiles dans le cas de corps étranger dans les voies respiratoires, car il permettrait de savoir si le corps étranger est encore dans les bronches et sa position exacte. (*Gazette des hôpitaux.*)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE.

Plaisirs des sens. — Etude de psychologie féminine.

La femme est une grande avide de caresses ; elle les recherche et ce doux contact flatteur la charme et lui procure les meilleurs moments de l'existence.

Demandez à la friponne qui, vous frôlant dans la rue, darde jusqu'à vous, deux noires prunelles veloutées, pour que vous lui fassiez la grâce d'un sourire. Cette caresse buccale lointaine, réveille en elle d'agréables pensées, tout un échafaudage aimable s'élève dans son cerveau imaginatif, et ce sourire devient pour elle la source de quelques minutes exquises.

Demandez à la danseuse, que vous enlacez du bras et serrez contre votre cuisse mouvante et excitée, pourquoi elle aime la valse. C'est qu'à travers ses vêtements protecteurs qui estompent il est vrai le plaisir, mais écartent le danger et endorment la pudeur, elle éprouve ce chatouillement précurseur des grandes émotions et des grands plaisirs. La musique la distrait, la danse la berce et dans cet épanouissement de la sensation flattée, l'amoureux d'un instant qui l'entraîne, lui fait oublier la prose des sens pour la ravir dans la poésie de l'abandon. Ce qui fait le charme de la danse, c'est cette perpétuelle ascension vers la cime du plaisir, sans qu'elle puisse être atteinte, c'est cette continue excitation que l'assouvissement ne vient pas terminer. Eternel dîner ou le dessert n'arrive jamais.

La bagatelle, disent quelques femmes, leur est indifférente, exprimant par ce mot le mépris qu'elles affectent pour cet acte enchanteur auquel nous devons tous la vie. Ce qui est bon, c'est l'assaisonnement ; l'avenue est douce et agréable, l'arrivée leur paraît fade. Cette appréciation renferme un petit coin de vérité, mais ce qui déplaît surtout à la femme, ce n'est pas l'acte en lui-même, qui la plupart du temps lui est agréable, quoique moins qu'à l'homme, mais les conséquences possibles, et l'anéantissement du mâle alors qu'il est consommé.

J'accorde qu'après cette mort il y a une résurrection plus ou moins rapide, mais alors que la vie est intense, la femme n'aime pas à mourir même pour quelques instants, voilà pourquoi le mot *bagatelle* a été créé.

L'homme est un être saillant, dont l'aspérité même est dangereuse ; la femme un être profond, à ce point qu'on arrive difficilement à le connaître complètement. Le mariage, la fusion de l'aspérité et de la profondeur constitue le divin, mais non platonique amour.

Plaisir des sens est chose inexpliquée et inexplicable.

Pourquoi s'égarant dans des régions lointaines une bouche trouve-t-elle plaisir au contact de régions cachées ? Pourquoi, dans cette exploration, l'être éprouve-t-il la plus exquise pâmoison que corps humain puisse rêver ? Pourquoi cette caresse est-elle la source de nos plaisirs ?

Eternel mystère ! Etrange aberration dans l'humaine structure et nature ! La nature a voulu que toute caresse soit bonne, et la plus rare la meilleure. — *Cherchez et vous trouverez*, telle est la devise de l'humanité ; après la meilleure des caresses connues, il en est vraisemblablement d'autres que nos enfants seuls éprouveront, et ainsi de suite jusqu'au refroidissement de notre arrondie habitation.

A côté du plaisir, la pudeur fait sentinelle. Deux compagnons fidèles qui se surveillent mutuellement. La nuit fut inventée pour endormir la pudeur, et donner liberté au plaisir ; le plaisir assouvi rend plus forte la pudeur. Au réveil du matin elle reprend tous ses droits.

La femme, dans son abandon amoureux, craint toujours, à moins qu'elle ne le désire, la création du nouvel être, qui, hôte obligé de son organisme, la condamne à la Maternité, tribut exigé par la nature en compensation du plaisir qu'elle procure. C'est pour cela que la fille d'Eve aime parfois le vieillard, le décati, car celui-là, caduque dans ses transports, lui apportera un plaisir suffisant sans l'exposer au danger. Raisonnement d'ailleurs faux, et source de fréquentes déceptions.

Femelle humaine, fuyez tous ces tronçons de l'amour, préférez l'arbre entier fort et vigoureux, celui qui porte les fruits, obéissez entièrement à la nature sans arrière-pensée, vous y trouverez le vrai bonheur fait de plaisir fécond et de Maternité. LUCINE.

LA PROTHÈSE DES ORGANES GÉNITAUX. — LE VAGIN ARTIFICIEL.

On sait que les malheureux castrés sont aujourd'hui pourvus de testicules artificiels en celluloïd, aluminium, caoutchouc, etc. Ils peuvent ainsi éprouver des sensations plus ou moins voluptueuses et conserver quelques illusions.

Voilà pour l'homme ; mais on n'avait rien tenté pour les pauvres femmes privées de sensations sexuelles.

Il ne s'agit pas, bien entendu, des femmes dont le vagin est imperforé, de celles, en un mot, qui possèdent un appareil génital interne à peu près complet : utérus, ovaires, etc. Chez celles-là, il suffit simplement d'ouvrir la porte ou de créer un canal entre le rectum et la vessie par des procédés classiques depuis longtemps connus et décrits.

Il existe des femmes qui ne possèdent ni vagin, ni utérus, ni ovaires ; il en existe d'autres chez lesquelles cet organe essentiel a été supprimé à la suite de grandes opérations ayant nécessité l'ablation de tout l'appareil génital.

De celles-là, un chirurgien allemand a eu pitié et a proposé un procédé nouveau pour la formation d'un vagin artificiel.

Voici comment s'exprime à ce sujet l'auteur du procédé, M. le Dr REIN :

« Dans la formation d'un vagin artificiel ouvert, on cherche généralement à atteindre trois buts : 1° former un sac qui, par sa position, son aspect et sa cavité corresponde au vagin d'une femme saine ; 2° revêtir ce sac d'une couche épithéliale ; 3° maintenir son aspect et son volume.

« Les deux premières indications sont relativement faciles à attein-

dre et le problème peut être considéré comme résolu. Pour remplir la troisième indication, celle de maintenir ouverte la cavité nouvellement formée, on a employé différents procédés qui tous échouaient : au bout d'un certain temps, la cavité du vagin artificiel se refermait. J'ai eu l'idée de recourir à l'introduction d'une boule sphérique en verre, au centre de laquelle se trouve un canal où l'on introduit un fil de soie. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, cette boule sert à comprimer les lambeaux de la muqueuse greffée et par conséquent à favoriser leur adhérence. Plus tard, cette boule s'oppose à la fermeture du vagin artificiellement créé. »

M. Rein cite le cas d'une femme qui porte une de ces boules depuis deux mois sans que celle-ci ait produit la moindre complication. La malade l'enlève et la réintroduit très facilement. Le diamètre transverse de la boule est de 4,5 à 5 centimètres. C'est la mesure moyenne qu'il faut employer.

Le Dr Rein nous dit que la malade qu'il a opérée par ce procédé a des rapports sexuels avec son mari (peut-être avec d'autres) et en éprouve la plus vive satisfaction. Mais elle est encore obligée de remettre sa boule après chaque séance. Ce vagin artificiel est comme la *Nature* des anciens; il a horreur du vide. Il faut qu'il soit constamment occupé soit par la boule de verre, soit par un pénis ; sans cela il se retracterait. M. Rein pense même que son opérée devra toujours conserver sa boule à moins qu'un usage extrêmement fréquent du coït ne rende cette précaution inutile.

FORMULAIRE

Traitement de l'aménorrhée.

Aménorrhée par défaut d'excrétion. — 1° Si l'aménorrhée tient à l'*inertie utérine*, prescrire des douches froides sur le bassin et les jambes, huit jours avant la fluxion.

Electriser l'utérus (un rhéophore sur le col, l'autre au-dessous de l'ombilic).

Faire des frictions générales.

2° S'il y a un *rétrécissement du col*, dilater cet orifice, avec une tige de laminaire, pratiquer la dilatation brusque, le débridement.

3° S'il y a une *déviation utérine*, la traiter.

J. Chéron conseille la scarification du col utérin.

Si la maladie ne cède pas, application de sangsues sur le col.

Après la scarification ou l'application de sangsues, laver le col avec :

Résorcine.....	3 gr.
Eau distillée.....	125 gr.

Traitement de la cystalgie utérine.

(Jules Chéron.)

On rencontre assez fréquemment dans la pratique courante des névralgies vésicales extrêmement rebelles, presque exclusivement chez des femmes. Ces cystalgies reconnaissent presque toujours une origine utérine.

Trois indications :

1° Combattre le spasme douloureux du muscle vésical ;

2° Combattre l'état catarrhal qui accompagne ordinairement la cystalgie et qui l'exagère ;

3° Diminuer l'irritabilité du centre génito-spinal.

Pour remplir la première indication, on peut s'adresser utilement aux préparations de belladone, de jusquiame, aux bromures d'ammonium, de potassium, de sodium, mais on atteindra le but plus rapidement encore et plus sûrement, au moyen du

bromure de camphre, dont l'action antispasmodique est remarquable, et que l'on formulera de la façon suivante :

Bromure de camphre... 2 gr.

En vingt pilules. — Prendre une pilule toutes les quatre heures, sans dépasser quatre pilules par jour.

Pour remplir la seconde indication, employer la teinture de *Thuya occidentalis*, qui, s'éliminant en grande partie par les urines, modifie en peu de jours l'état catarrhal des voies urinaires. On prescrit cette teinture à la dose de XXX à XL gouttes par jour par doses fractionnées de X gouttes, prises dans un peu d'eau rougie.

Enfin, pour diminuer l'irritabilité du centre génito-spinal, faire une révulsion légère le long de la région lombo-sacrée du rachis, à l'aide de l'application de petits vésicatoires volants, de pointes de feu ou encore par des frictions plus ou moins prolongées et répétées deux ou trois fois par jour, avec le liniment suivant :

Chloroforme.....	10 gr.
Ether..... ...	15 —
Alcool camphré	90 —

Traitement de l'herpès génital.

(Besnier.)

Herpès sec.— Si l'herpès est sec, on fera faire des frictions avec une des pommades suivantes :

N° 1. Emplâtre de plomb simple. ..... } Lanoline..... }	àà 25 gr
Axonge.....	5 gr.
N° 2. Lanoline..... } Onguent gris..... }	àà 20 gr.
Huiles d'olives... ...	10 gr.

Herpès humide. — Si l'herpès est humide, suintant, on lavera les parties malades avec de l'eau boriquée ou de l'eau phéniquée faible, et on saupoudrera ensuite avec la poudre suivante :

Poudre d'amidon.....	100 gr.
Sous-nitrate de bismuth....	1 gr.
Acide tannique.....	5 gr.

Contre les vomissements d'origine utérine.

(Lutaud.)

Menthol...	0 gr. 30
Elixir de pepsine.....	30 —
Teinture d'opium.....	10 —

Mêlez. — A prendre : 10 à 20 gouttes avant les repas.

Poudre pour panser les ulcères douloureux du col.

(Lutaud.)

Tannin.....	2 gram.
Lycopode.....	5 —
Europhène.....	10 —
Poudre d'opium composée	0 gr. 50

Cette poudre doit être appliquée avec le spéculum et insufflée sur le col ; elle sera maintenue en place par un tampon d'ouate.

Traitement de la migraine.

(A. Robin.)

L'hygiène et le régime sont les meilleurs traitements prophylactiques qu'on puisse leur opposer. Elles s'atténuent et disparaissent bien vite pendant la première étape du traitement de l'hypersthénie.

Quand l'accès de migraine est commencé, il ne cède qu'à un vomissement du contenu hyperacide de l'estomac. Mais à ses premières manifestations, on peut l'arrêter, soit en avalant un petit paquet de poudre composée à la magnésie, soit en prenant un des cachets suivants :

Antipyrine.....	0 gr. 50
Bromure de potassium.....	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne...	0 gr. 01
Caféine.....	0 gr. 02
Poudre de Paullinia sorbilis.....	0 gr. 30

Mêlez exactement. En un paquet ou en un cachet.

Le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy sera réservé pour les cas rebelles.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation.— *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana.— *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

DU TRAITEMENT DES MÉTRITES

Par le docteur Louis Beurnier.

Je ne reviendrai pas sur les différentes classifications des métrites, qui ont été parfaitement exposées dans de précédentes communications (1). Il est bien certain que le même traitement ne convient pas à toutes les formes, si variées, de cette affection, et qu'à chaque variété de métrite doit être appliqué un traitement bien spécial et bien défini.

On ne dira certainement pas qu'une *métrite glaireuse* du col est une métrite infectieuse ; les glandes du col; siège d'une inflammation chronique simple, sécrètent abondamment un liquide plus épais que d'ordinaire ; et voilà tout. Il n'y a pas tendance à l'extension, à la généralisation, et, pendant un certain temps tout au moins, la chose reste en l'état. Ce n'est pas là un phénomène pathologique qui répond au sens du mot infection. Ces métrites se produisent souvent chez les arthritiques et chez les scrofuleuses, où les tissus atones n'ont que peu de réaction, et elles persistent sans changement souvent très longtemps, sinon toujours, si l'on ne dirige contre elles aucun traitement. Mais il arrive que, sous la moindre influence, comme l'a fort bien dit M. Verchère, cette métrite s'étend, se généralise et devient vraiment infectieuse. Cette muqueuse est un candidat à l'infection. Il est donc incontestable que, si cette variété de métrite n'est pas infectieuse par elle-même, elle ne demande qu'à le devenir.

Je voudrais ne pas parler de l'utérus dans lequel sont retenus des *débris placentaires*, car il ne s'agit plus là de métrite au sens propre du mot; mais, puisqu'on a voulu ranger dans ce cadre cet état pathologique, je dirai que l'utérus n'est au début le siège d'aucune infection. Enlevez les débris placentaires avant leur putréfaction, et jamais vous ne constaterez le moindre signe d'infection. Ici encore l'infection n'est qu'un élément surajouté, mais elle n'est pas primitive.

La métrite tuberculeuse aussi ne devient infectieuse que par l'adjonction d'un agent spécial. Elle est infectieuse, si l'on veut, au point de vue de la pathologie générale médicale, puisqu'elle est causée par le bacille tuberculeux ; mais elle ne l'est pas au sens chirurgical du mot, puisqu'elle ne contient pas les éléments microbiologiques de l'infection chirurgicale, à moins qu'ils ne se soient surajoutés au microbe primitif.

Les métrites hémorrhagiques, elles aussi, sont-elles des métrites

(1) Voyez le n° précédent.

infectieuses ? Je réponds hardiment : non. Nous voyons tous les jours de ces métrites, s'accompagnant à chaque instant de pertes sanguines très considérables quelquefois continues, quelquefois plus ou moins espacées ; et, lorsqu'elles sont espacées, nous avons un critérium très net pour pouvoir dire qu'elles ne sont pas infectieuses : c'est que, dans l'intervalle qui les sépare, il n'y a aucun phénomène pathologique, pas trace de pertes blanches. Je ne nie pas qu'elles aussi ne soient des candidates à l'infection, que cette infection ne peut pas s'y développer avec la plus grande facilité sous la moindre influence ; mais, très souvent, cette infection ne se produit pas, et ces métrites persistent ainsi dans leur état primitif.

Donc, il me semble que rien n'est plus simple que de mettre tout le monde d'accord en disant que toutes les métrites, même non infectieuses à leur début, ont une tendance remarquable à le devenir.

Un deuxième ordre de réflexions m'est inspiré par la division des métrites en métrites aiguës et métrites chroniques.

M. Verchère nous a dit qu'il ne connaît guère *la métrite aiguë*, la chaude-pisse aiguë de l'utérus. Il est bien certain, et je suis absolument d'accord avec lui sur ce point, qu'on n'a pas très souvent l'occasion d'observer cette variété ; mais, encore, il faut distinguer. A l'hôpital, il est rare de la constater, parce qu'au début de leur métrite les femmes qui forment la clientèle hospitalière espèrent que leur maladie guérira d'elle-même ; elles la laissent arriver à l'état chronique, et elles ne se décident à venir à nous que quand l'affection persiste, que les trompes se prennent ou même que, sans que les trompes soient malades, il y a ces douleurs du côté de l'utérus que nous connaissons tous : ici, ce n'est plus de la métrite aiguë, c'est une poussée aiguë ou plutôt subaiguë dans une métrite chronique. — Cependant, j'ai parfaitement souvenir d'avoir observé cette année à l'hôpital deux cas de métrite nettement et absolument aiguë, survenue environ huit jour après l'apparition de la blennorrhagie vaginale, qui était en pleine activité au moment de l'examen. Ces métrites aiguës étaient accompagnées de tout le cortège ordinaire décrit dans les livres : douleurs spontanées et provoquées localisées à l'utérus, écoulement très abondant et franchement purulent par l'orifice du col, aucune altération utérine antérieure.

Mais c'est surtout en clientèle qu'on observe cette métrite aiguë vraie, parce que les femmes s'en inquiètent de suite. J'en ai, pour ma part, un certain nombre d'exemples à mon actif, et le dernier est celui d'une dame auprès de laquelle je fus appelé par un de nos confrères de Passy. Blennorrhagie vaginale datant d'une quinzaine de jours environ ; douleurs utérines violentes ; sensibilité extrême de cet organe très gros et très congestionné avec col

énorme et violacé ; écoulement très abondant de pus franc par l'orifice du col.

Je crois donc, d'après mon expérience personnelle, que les cas de métrite aiguë ne sont pas aussi rares que le dit M. Verchère ; et, pour ma part, je les connais bien.

Ces points établis, passons maintenant aux différents traitements des métrites ; et, pour employer une expression vulgaire, prenons de suite le taureau par les cornes. Parlons donc de ce curettage, de cette panacée universelle des métrites : « Vous avez une métrite, vite un curettage ; là est l'unique secours, là est le salut. Peu m'importent la nature et la variété de cette métrite, vous ne guérirez pas sans un curettage. » Voilà le langage, hélas ! trop souvent employé ; voilà le langage qu'a tenu M. Verchère, si j'ai bien compris ses paroles. Eh bien ! moi je vous dirai que le curettage, souverain dans certains cas, et encore j'aurai à faire des réserves, n'est d'aucune utilité ou même peut être nuisible dans d'autres, qui sont, j'ose l'affirmer, de beaucoup les plus nombreux.

Je n'insiste pas sur la rétention placentaire complète ou partielle ; il n'y a pas d'hésitation possible dans ce cas, le bon sens seul indique la conduite à tenir : il faut enlever les débris ; et, pour cela, la curette est l'instrument le plus commode ; donc curettage indispensable, urgent, qu'on ne doit pas différer d'une minute, si possible. Tout le monde est d'accord ; nier cela serait nier la lumière du jour, et l'on peut ajouter que, si l'intervention a été pratiquée assez tôt, la malade sera définitivement guérie. Bien entendu, le curettage sera aussi complet que possible et s'attaquera non seulement aux débris, mais aussi à la muqueuse utérine. — Que si un retard quelconque a été apporté à l'opération ou si le chirurgien a fait un curettage incomplet, a laissé un débris de muqueuse trop malade, il y a grande chance de voir se développer une métrite à allure chronique d'emblée, à laquelle il faudra appliquer le traitement de la métrite chronique.

Dans la métrite hémorrhagique, il est bien certain qu'ici encore il faut sans hésitation recourir au curettage. Tant que la muqueuse utérine sera recouverte de fongosités vasculaires, le signe hémorrhagie persistera ; et, de plus, ces fongosités ne feront que s'accroître, se multiplier, se développer et ne peuvent être réprimées facilement et dans leur ensemble par un agent thérapeutique qu'à la suite d'un traitement très long et surtout très incertain. Pendant tout le temps que durerait ce traitement, la malade saignerait, s'affaiblirait ; donc, il faut agir, et agir rapidement, en enlevant ces fongosités, c'est-à-dire en curettant l'utérus. Bien entendu, ici comme dans le cas précédent, c'est toute la muqueuse que l'on enlève, et c'est précisément le point litigieux sur lequel nous voulons insister.

Le principe est formel : toute la muqueuse doit être abrasée ; si-

non, les parties les plus minimes qui restent prolifèrent, et il y a récidive. Est-il réalisable dans la pratique ? Oui, certainement, dans quelques cas on enlève la totalité de la muqueuse et la malade est à jamais guérie. Mais peut-on affirmer que cette ablation sera toujours totale ? Non, certainement, et vous avez, comme moi, tous vu des récidives, quelquefois deux et trois chez la même malade. Or, admettrez-vous que la muqueuse une fois enlevée s'est régénérée avec les mêmes tendances ? Ce serait vraiment bien étrange. Je crois qu'il faut faire humblement son mea culpea et dire franchement que, si l'affection a récidivé, c'est qu'on n'a pas détruit toute la muqueuse dans tous ses recoins.

C'est là, direz-vous, *une faute opératoire*. Je ne le nie pas ; mais peut-elle être évitée, et est-il toujours absolument facile de faire un curettage complet et d'affirmer l'avoir fait ? M. Verchère n'hésite pas à répondre oui. Il dit qu'il faut enlever tous les recoins ; je le sais comme lui ; mais, où mon opinion diffère de la sienne, c'est dans la facilité d'obtenir ce résultat. Son assertion me paraît être plus le fait du raisonnement que l'exposé de la réalité. Si habile opérateur soit-on, peut-on être certain d'avoir enlevé la muqueuse utérine dans tous ses recoins, comme il dit ? et qui n'est pas exposé à laisser, malgré tous ses soins et toute son attention, une fongosité adhérente à une anfractuosité de l'utérus, notamment vers l'orifice des trompes, malgré les curettes spéciales dont on se sert pour gratter ce point précis ? Pour ma part, mes doutes sont fort grands, et je crois que tous ceux qui ont pratiqué des curettages les partageront.

Je résume donc cette question des métrites hémorrhagiques en disant que, dans ces affections, il faut pratiquer le curettage d'emblée et le plus rapidement possible ; mais il faut aussi se souvenir qu'il y a des récidives, plus fréquentes qu'on ne le croit, et ne pas appliquer à ce traitement la qualification de souverain, qui ferait penser que, dans tous les cas, il guérit à tout jamais, tandis que, d'après les faits, nous sommes malheureusement forcés de faire des réserves.

Quant aux métrites chroniques, il en va tout différemment, et je dis hardiment de suite que je n'ai jamais vu un résultat complet du curettage dans le traitement de cette variété.

Dans les métrites chroniques j'englobe toutes les formes décrites sous ce nom, qu'elles soient staphylococciques, streptococciques, gonococciques, scrofuleuses, arthritiques, etc. Eh bien ! je le répète, jamais, à ma connaissance, le curettage n'a procuré la guérison complète. M. Verchère a accusé M. Reynier d'être parti en guerre contre cette opération ; je tiens à honneur d'être son compagnon dans cette croisade.

D'où vient la cause de cette inefficacité du curettage ? Est-ce que la muqueuse, après avoir été enlevée, se reproduit avec les mêmes dispositions ? Encore une fois, pas plus que pour la métrite hémor-

rhagique, je ne puis m'associer à cette opinion, contraire à la vraisemblance, à toute la pathologie générale et que rien ne prouve. Est-ce que toute la muqueuse n'a pas été enlevée et en est-il resté une parcelle quelconque qui a suffi pour provoquer la continuation de la maladie ? Alors, me répondra M. Verchère, c'est que l'opération a été incomplète, mal faite. Qu'elle ait été incomplète, je ne le nie pas. Qu'elle ait été mal faite, c'est possible ; mais alors je lui demanderai de nous indiquer un moyen certain qui nous permette d'affirmer qu'on l'a faite complète, et je lui en serai très reconnaissant. Les cas de non-guérison que j'ai vus appartenaient à des chirurgiens très divers, de valeur et d'habileté opératoire incontestables et incontestées ; et, certainement, M. Verchère a eu, dans les cas qu'il a observés, une chance dont je me permettrai de lui demander le secret.

Les résultats du curettage suffiraient donc pour le repousser, mais là ne se borne pas ce que j'ai à dire contre lui.

Il est inefficace à mon avis, c'est entendu, mais il y a plus à lui reprocher ; je ne dis rien des difficultés qu'il peut présenter dans les cas de déviations de l'utérus, etc. ; elles sont faciles à vaincre, et les précédents orateurs en ont très amplement parlé. Le point sur lequel j'insisterai, c'est qu'il n'est pas inoffensif. Bien entendu je ne veux pas parler des phénomènes d'infection plus ou moins graves qui pourraient en résulter. Ils seraient le fait de l'opérateur ; et, en adversaire généreux, je ne ferai pas du curettage le bouc émissaire des péchés du chirurgien. J'ai en vue le retentissement du curettage sur les annexes de l'utérus dans les cas où il est pratiqué contre des métrites chroniques.

Il n'est pas rare, Messieurs, que, après un curettage très régulièrement et très antiseptiquement pratiqué, on observe une poussée inflammatoire sur une trompe saine auparavant, ou un renouveau d'inflammation aiguë ou subaiguë sur une trompe enflammée chroniquement, mais qui ne donnait lieu pour le moment à aucun trouble. Nous connaissons tous ces phénomènes.

Or, M. Verchère a dit que si, par hasard et exception, il y avait quelque poussée du côté des trompes, il s'agit toujours du réveil d'une salpingite ancienne avec pus et adhérences. Alors, ajoute-t-il, cela n'aggrave pas la situation, puisque ces trompes dès longtemps étaient justiciables d'une intervention. A cela je répondrai que l'argument de M. Verchère n'est pas valable dans les cas multiples où les trompes enflammées subitement à la suite du curettage n'avaient jamais présenté aucune altération, et les observations en sont nombreuses. De plus, si les trompes étaient antérieurement le siège d'une inflammation chronique, comment M. Verchère peut-il savoir qu'elles contenaient d'avance du pus et que ce n'est pas le chirurgien qui en a provoqué la formation par son curettage. Il me semble qu'il y a là une assertion toute gratuite. Mais, en tout cas, à part ce détail, nous sommes du

même avis : c'est que le curettage peut retentir sur les trompes par des poussées inflammatoires. M. Verchère dit que, pour cela, il faut que les trompes soient antérieurement enflammées et abcédées ; moi, je dis, d'après des faits positifs, fréquents et faciles à observer, que cela n'est pas nécessaire et que le curettage, par son action seule, peut provoquer une salpingite chez une femme qui n'en avait pas, et je répète que le fait n'est pas rare.

A quels moyens thérapeutiques aurons-nous donc recours contre cette variété de métrites ? Mais, Messieurs, comme M. Reynier vous l'a fort bien dit, à la dilatation suivie de l'application directe d'agents modificateurs, sur la muqueuse utérine.

La dilatation devra toujours être lente, car il faut, pour appliquer le traitement interne de l'utérus, que cette dilatation persiste, et la dilatation brusque ou même simplement rapide ne persiste pas. Qu'elle soit faite avec la laminaire ou avec l'éponge imbibée d'un antiseptique, peu importe.

Quant aux agents thérapeutiques, la plupart de ceux qui ont été employés et que les précédents orateurs ont cités sont bons ; mais, comme MM. Reynier et Verchère, je préfère le nitrate d'argent en solution faible. Cette application topique sera toujours suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Je ne parle pas des crayons qui, à mon avis, ne dilatent pas suffisamment ; de plus, le liquide provenant de leur dissolution peut fuser sur des parties que l'on n'a pas intérêt, au contraire, à modifier, vagin, etc. Leur application est, en un mot, aveugle. Peut-être seraient-ils bons dans quelques cas très légers. Tout cela a été dit, y compris les atrésies du col ; je n'y reviens pas.

Je veux seulement insister encore sur ce point, que la dilatation doit être *très large*, de façon à ce qu'avec une lampe électrique bien dirigée et des valves convenablement disposées on puisse voir presque entièrement l'intérieur de l'utérus et faire, pour ainsi dire, un pansement à plat. On obtient facilement ce résultat avec un peu de patience.

Enfin, si l'utérus réagit ou se contracte trop violemment et a tendance à se refermer, un excellent moyen de maintenir la dilatation est le *tube de Bonnaire*, qui, bien employé, permet en outre un facile écoulement des liquides.

Mais ces diverses manœuvres ne sont pas tout ; et, ici, je suis pleinement de l'avis de M. Verchère. La muqueuse du col, très adhérente et surtout possédant des anfractuosités très profondes enchâssées dans le tissu musculaire, ne peut que très difficilement être détachée du col par le curettage, ou même modifiée jusque dans ses cavités par les agents thérapeutiques. Cela est même souvent tout à fait impossible, et il faut donc, dans l'immense majorité des cas, agir sur le col par la section au bistouri ou aux ciseaux de toute cette muqueuse. L'opération dite de Schrœder paraît encore la meilleure en la circonstance, et est le

plus souvent un complément nécessaire du traitement. Elle est d'autant plus indiquée, qu'il n'en peut résulter, que je sache, aucun inconvénient, même au point de vue des accouchements ultérieurs M. Verchère a traité trop bien ce point pour que je doive y revenir.

Je sais fort bien que tous ces moyens, attouchements, lavages, opération de Schrœder, ont été appliqués concurremment avec le curettage. C'est dans ces cas que les malades ont guéri, et on a attribué au curettage les *lauriers* qui revenaient aux moyens concomitants. Le curettage seul a toujours éte inefficace, et à quoi bon faire précéder les applications topiques par cette opération, puisqu'ils procurent la guérison sans elle et sans que la patiente soit exposée aux dangers qu'il présente, ainsi que je crois l'avoir démontré ?

Nous connaissons maintenant d'une façon complète le traitement qui, à mon sens, doit être appliqué aux métrites chroniques, quelle que soit leur origine. Nous avons examiné, en commençant, le traitement des métrites hémorrhagiques. Il ne nous reste plus à envisager que celui des métrites aiguës, sur l'existence et la fréquence desquelles j'ai donné plus haut mon opinion, basée sur des faits.

Ici, au début, il n'y a aucune intervention, si minime soit-elle, à pratiquer ; la malade souffre d'habitude violemment, son utérus tout entier est douloureux et congestionné. La première condition est le repos absolu au lit dans la position dorsale ; puis il y a une seconde indication à remplir, qui est de décongestionner l'utérus. C'est là le triomphe des tampons vaginaux appliqués sur le col et enduits en général simplement de vaseline boriquée. Ils forment, comme l'a dit M. Reynier, une sorte de cataplasme antiseptique, auquel on adjoindra avec profit les cataplasmes vulgaires sur le ventre. Quand le grand tapage sera calmé, quand les douleurs locales auront cessé par ces moyens, et c'est ce qui arrive toujours, à moins qu'il ne se produise rapidement une salpingite aiguë par propagation, il faudra recourir au traitement que nous avons préconisé contre la métrite chronique.

Il me reste seulement, pour avoir terminé, quelques mots à dire du traitement des métrites par l'électricité.

De l'avis même de M. Reynier, dans le service duquel les expériences de M. Boisseau du Rocher ont été faites, ce traitement a donné peu de résultats. J'emprunte ici les propres paroles de M. Reynier, dont tous nos collègues peuvent se souvenir.

Je ne saurais trop m'associer à son opinion quand il nous dit que dans les métrites hémorrhagiques, ce traitement ne doit être appliqué que quand il y a une contre-indication absolue au curettage. Et, en effet, pourquoi avoir recours à un moyen très long et toujours aléatoire, quand on a à sa disposition une opération rapide et dont les résultats, tout au moins immédiats, ce qui est

important dans l'espèce à cause des dangers que court la malade, sont toujours satisfaisants ? Or, je ne vois guère de contre-indication absolue au curettage dans le cas présent, puisqu'on peut le pratiquer même sans le secours du chloroforme. Peut-être ces utérus vasculaires dont parle M. Reynier sont-ils justiciables de ce traitement électrique ; mais ce sont des cas fort exceptionnels, et, pour ma part, je n'ai point eu, heureusement, affaire à des utérus qui résistassent au curettage dans ces conditions. D'ailleurs, ces utérus ne seraient plus des utérus métritiques, mais des utérus qui seraient en proie à des troubles vaso-dilatateurs tout à fait spéciaux et relevant du système nerveux. Dès lors, l'électricité peut agir comme elle agit dans bien des cas semblables ; mais, je le répète, ce ne sont pas des métrites.

M. Boisseau du Rocher est arrivé, je ne le nie pas et je serais désolé de le nier, à arrêter des hémorrhagies dans des métrites hémorrhagiques, mais cet arrêt aurait toujours été obtenu plus rapidement par le curettage, comme le dit M. Reynier. Donc, si vous le voulez bien, nous supprimerons le traitement électrique à peu près, pour ne pas dire tout à fait, dans la thérapeutique de ces métrites.

Que donne ce traitement dans les métrites infectieuses ? Il faut bien avouer qu'il a souvent échoué ; et, quand, par exception, il a réussi, c'est au bout d'un temps dont la longueur n'est pas comparable au temps que nous aurions mis, nous autres chirurgiens, à guérir la malade par la dilatation et les pansements intra-utérins.

En somme, ce traitement n'a réussi pleinement que dans les cas où la malade n'avait qu'une métrite glaireuse dans un utérus peu infecté ou une métrite catarrhale du col. Et, ici, je ferai la même remarque que tout à l'heure, c'est que la guérison aurait été obtenue en moins de temps par un autre procédé. M. Boisseau du Rocher demande deux ou trois mois, alors que la dilatation large et quelques pansements nous auraient procuré la réussite en un mois ou six semaines au plus, ou même que, dans bien des cas, une opération de Schrœder aurait tout terminé en quinze jours.

Oh ! je sais bien qu'on va me répondre que les malades peuvent marcher et vaquer à leurs occupations pendant le cours du traitement électrique ? Je ne l'ignore pas ; mais est-ce une raison pour le proclamer le meilleur traitement ? Tout au plus pourrais-je dire que, dans certaines circonstances, c'est un traitement de nécessité. Cet argument, j'en conviens, est à considérer dans des cas particuliers ; et, si, pour des considérations absolument extra-chirurgicales, on peut être amené à le conseiller, ce n'est jamais là qu'une exception, qu'il faut se garder d'ériger en règle thérapeutique.

En somme, je dirai comme conclusion que le traitement électri-

que est à rejeter dans les métrites hémorrhagiques et les métrites infectieuses et que ce mode thérapeutique, que j'appellerai, si vous le voulez bien, le traitement ambulatoire des métrites, peut être appliqué dans les cas de métrites glaireuses légères ou de métrite catarrhale du col, mais à titre exceptionnel, quand on ne peut, pour des raisons spéciales, faire suivre à la malade le meilleur, je dirai presque le seul traitement rationnel.

Je le répète, je ne nie pas les succès, je les ai vus ; je dis seulement que nous avons à notre disposition des méthodes plus rapides et plus certaines qu'il n'y a pas lieu d'abandonner, qu'il faut au contraire garder et appliquer de préférence comme étant les meilleures.

J'ai terminé l'examen de toutes les variétés de métrites, et je terminerai par les conclusions suivantes :

1° la métrite aiguë doit être traitée par les tampons dans la période phlogistique ; ensuite, on lui appliquera le traitement de la métrite chronique ;

2° la métrite chronique doit être traitée par la dilatation lente et large et les applications intra-utérines de topiques modificateurs ;

3° la métrite hémorrhagique doit être traitée par le curettage, mais il faut se souvenir que les récidives ne sont pas très rares ;

4° le curettage a été détourné de ses applications primitives ; Récamier l'avait mis en usage contre les rétentions placentaires et les fongosités hémorrhagiques. C'est là que doivent se borner ses indications, et il est regrettable que son emploi ait été généralisé à toutes les métrites sans distinction. Dans les métrites chroniques il est inefficace et peut occasionner des complications ;

5° les opérations complémentaires sur le col sont le plus souvent nécessaires pour obtenir un succès complet et définitif.

INCONTINENCE D'URINE PREMIER SYMPTOME D'UN KYSTE DE L'OVAIRE.

Dr Henri Picard.

La nommée X... est une forte et vigoureuse femme de 45 ans. Veuve depuis plusieurs années, elle exerce, avec sa fille et son gendre, le rude métier de marchande de tonneaux, conduisant parfois elle-même cheval et haquet.

Très impressionnable, sa santé a, néanmoins, toujours été excellente.

Prise subitement, il y a deux mois, d'une incontinence nocturne d'urine, présentant tous les caractères de celle des enfants et des

adolescents, elle a suivi, sans succès, depuis cette époque, un traitement médical.

N'ayant pas d'abord, malgré l'examen le plus minutieux, trouvé dans les organes génito-urinaires, l'explication de cette incontinence, je lui appliquai les courants faradiques à longues intermittences.

Il y eut, d'abord, amélioration marquée et la malade recouvra, pendant quelque temps, la sensation du besoin d'uriner la nuit.

Malheureusement, cette amélioration n'eut pas de suite et l'incontinence nocturne reparue se compliqua d'incontinence d'urine.

Examinant alors de nouveau la malade, je pus percevoir, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur cylindrique du volume d'un petit œuf, très dure et qui augmenta rapidement de volume au point d'atteindre, deux mois et demi après le début de mon traitement, le volume d'une grosse orange.

Cette tumeur, que sa dureté eût pu faire prendre pour un fibrome, était un kyste de l'ovaire dont l'extraction difficile fut brillamment accomplie par Pozzi.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU MASSAGE DE L'ABDOMEN, SES INDICATIONS EN THÉRAPEUTIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE,

Par le Dr Cautru, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je veux surtout attirer l'attention sur une forme que je crois peu connue d'entérite du gros intestin à laquelle le massage est applicable.

C'est une affection très fréquente cependant chez les dyspeptiques chroniques, surtout chez les femmes, apparaissant quelquefois longtemps avant la constipation ou la diarrhée et étant la conséquence de la dyspepsie ; elle passe souvent inaperçue des malades, mais si on examine avec attention le gros intestin de tous les dyspeptiques qui viennent réclamer des soins, on le rencontre au moins dans la moitié des cas. Elle consiste en une inflammation latente de la muqueuse qui se manifeste à la pression par une douleur plus ou moins vive siégeant ordinairement au niveau du cœcum quelquefois sur le trajet de l'S iliaque. Il s'agit là probablement dans un certain nombre de cas d'une lymphangite chronique sur laquelle M. Doyen, de Reims, vient d'attirer l'attention, dans d'autres cas d'une inflammation simple ou d'origine septique de la muqueuse. Cette inflammation peut se propager aux tissus cellulaires environnants et aux ganglions de la région. A un degré plus avancé de la maladie, il peut y avoir de la péritonite localisée avec ou sans suppuration. Si la complication se produit à droite au niveau du cœcum, on se trouve en face de la périty phlite suppurée ou non : si c'est à gauche que l'accident se

produit nous assistons au même phénomène clinique, mais alors il est quelquefois difficile de faire le diagnostic entre le cancer de l'S iliaque compliqué de plastron péritonique et la lymphangite suppurée analogue à la périthyphlite, d'autant plus que cette affection peut se produire lentement, que l'état général des malades est devenu mauvais et qu'il y a souvent œdème de la jambe gauche par compression des veines iliaques. M. le professeur Rendu m'a rapporté oralement deux de ces cas pour lesquels le diagnostic entre le cancer et la lymphangite était impossible à faire. Averti par le premier de ces cas qui guérit à la suite de l'incision et se basant sur le fait qu'il se trouvait en face d'un sujet atteint de dyspepsie et de constipation chronique, M. Rendu porta sur le second de ces cas un pronostic bénin que la guérison du malade vint d'ailleurs justifier. Celui que nous vîmes ensemble m'avait été adressé pour une constipation chronique avec douleurs au niveau de l'S iliaque sur le trajet de laquelle je pus constater une série de petits corps durs qui pouvaient être des ganglions et des scybales ; celles-ci n'ayant pas disparu à la suite d'un purgatif, je refusai de faire le massage de l'intestin, craignant de me trouver en face d'un cancer latent. La suite des événements vint confirmer mes craintes, et la malade succomba un mois après environ à la généralisation abdominale. C'est au moment où la malade était atteinte des symptômes dont je parlais tout à l'heure (plastron péritonique, œdème de la jambe gauche) que M. Rendu fut appelé et qu'il me parla de la difficulté de porter un diagnostic ferme, se rappelant les deux faits précédents.

Cette affection, loin d'être, à son début bien entendu, ainsi qu'on le pense à cause de la douleur, une contre-indication au massage abdominal, bénéficie de ce mode de traitement d'une façon assez rapide, mais celui-ci devra être fait avec une grande prudence ; il sera utile d'y adjoindre un régime approprié et, dans certains cas, de grands lavages avec pansement antiseptiques de la muqueuse intestinale.

Je désire encore, vous dire en deux mots comment je comprends le rôle du massage du ventre dans le cas de rein flottant. Quand le rein est gros, douloureux, congestionné, le massage agit grâce à la diurèse abondante qui amène une décongestion rapide de l'organe. Quand il est fixé loin de sa place par des adhérences, le massage peut les rompre. De plus, grâce au massage de l'intestin, celui-ci, reprenant sa forme, le coussin sur lequel repose le rein redevient normal. Enfin, la paroi abdominale recouvre à la longue sa résistance, la plupart du temps disparue.

Une des applications les plus logiques de cette activité circulatoire due au massage abdominal est celle qui consiste à aider la rétrocession de l'utérus après l'accouchement. Le massage m'a donné, dans les quelques cas où j'ai pu l'expérimenter, les résultats suivants, toujours les mêmes : diminution de la durée des

lochies, rétrocession plus rapide de l'utérus, réfection de la paroi abdominale si le massage est continué, disparition de la constipation si fréquente chez les accouchées. Chez une de mes malades l'utérus était resté très gros le sixième jour ; le premier massage fait ce jour-là amena l'expulsion d'un énorme caillot et l'utérus diminua rapidement de volume. Je n'ai jamais remarqué d'accident, mais il va sans dire que l'on ne doit pratiquer le massage qu'en l'absence de toute menace d'infection puerpérale et qu'il faut même redoubler d'attention dans les pratiques de l'antisepsie.

A la suite de l'hystérectomie vaginale ou de l'ovariotomie, les dyspepsies congestives sont assez fréquentes. Ce sont en quelque sorte des dyspepsies supplémentaires qui peuvent s'accompagner d'hématémèses, de même que les congestions passives de la muqueuse pulmonaire et de la muqueuse nasale se compliquent d'hémoptysies et d'épistaxis dits supplémentaires. La dyspepsie prend le type chloro-organique à moins qu'il n'existe déjà une gastrite antérieure. J'ai soigné depuis un an dix de ces malades qui ont toutes bénéficié du massage, ce qui s'explique, d'ailleurs, par la régularisation apportée dans la circulation, ainsi que nous l'avons vu plus haut ; mais, chez quelques-unes des malades, il m'a fallu, pour faire cesser des crises gastriques d'une extrême violence ou des phénomènes congestifs trop prononcés, joindre au massage l'emploi plus ou moins fréquent de la saignée.

Les indications déduites de l'action physiologique générale sont : les affections du cœur et leurs conséquences : pléthores abdominales, foies cardiaques, etc., et l'artério-sclérose. Dans ces cas-là on joindra le massage général au massage local, afin de soulager le plus possible l'action du cœur.

En résumé, je considère le massage abdominal comme un régulateur de l'économie ; je pense que lorsqu'il agit, même dans la dilatation de l'estomac, pour améliorer la nutrition, il le fait plutôt par l'intermédiaire de la circulation que par l'action local directe ; enfin, je crois indispensable pour arriver plus rapidement à un bon résultat, de combiner au massage les règles de l'hygiène, le régime approprié de l'emploi des autres agents physiques l'électricité, la gymnastique et l'hydrothérapie.

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DES AFFECTIONS CARDIAQUES DANS LA GROSSESSE.

MM. Vaquez et Millet étudient dans la *Presse médicale* le cœur dans la grossesse normale. Nous reproduisons de ce travail la partie relative à la thérapeutique.

Traitement. — La thérapeutique des affections cardiaques au cours de la grossesse comporte quelques données spéciales qu'il importe de discuter. Que faut-il faire pour prévenir les accidents ? Quelle conduite doit-on tenir lorsqu'ils se sont produits ?

I. — Pour prévenir les accidents gravido-cardiaques, les indications formulées par les auteurs se réduisent à deux principales : le repos au lit, le régime lacté plus ou moins absolu. Ces prescriptions ne doivent avoir leur effet qu'à partir du cinquième ou du sixième mois, époque à laquelle les accidents apparaissent d'ordinaire. Mais, à notre avis, le repos au lit ne doit pas être permanent ; il est nécessaire que la malade prenne dans la journée quelques heures d'exercice, par une marche modérée, de façon à empêcher l'encombrement de la circulation pulmonaire, que facilite au plus haut degré le décubitus dorsal prolongé. Quant au régime lacté, il ne doit être prescrit d'une façon absolue que si des signes de congestion hépatique ou rénale apparaissent avec diminution de la quantité des urines. Dans ces cas également, on se trouvera souvent bien de l'administration d'une dose moyenne de théobromine, ou de tout autre diurétique. De même, il est indiqué de recommander l'emploi d'un léger purgatif salin, administré tous les trois ou quatre jours.

II. — Lorsque les accidents gravido-cardiaques commencent à apparaître, la conduite à tenir peut être, suivant les cas, complètement différente. S'il s'agit de complications asystoliques analogues à celles qui accompagnent les affections cardiaques complexes, avec œdème ou anasarque, congestion hépatique et rénale intense, insuffisance tricuspidienne, il faudra avoir recours à la médication que ces accidents réclament habituellement, c'est-à-dire à la médication digitalique, mais à doses fractionnées, soit que l'on emploie la macération ou l'infusion de feuilles de digitale, soit que l'on préfère les préparations de digitaline.

Il faudra agir de même dans le cas où les accidents cardio-pulmonaires auront fait place, après l'accouchement, à l'asystolie vraie. Mais on devra toujours surveiller avec soin l'état de la circulation pulmonaire, plus disposée à s'encombrer que dans toute autre circonstance ; et si cet état donnait quelque inquiétude, on fera précéder l'administration de la digitale, d'un purgatif salin, ou d'une saignée locale, ou même d'une saignée générale de 2 à 300 grammes.

Quand il s'agit d'accidents strictement cantonnés à la sphère pulmonaire, comme cela se voit dans le rétrécissement mitral, les indications sont tout autres. Si les accidents sont peu menaçants et ne consistent que dans une oppression modérée, avec tendance à la congestion pulmonaire et accélération du pouls, le repos absolu au lit devient tout à fait nécessaire, ainsi que le régime

lacté. Les applications chaudes sur la poitrine, les émissions sanguines répétées sous forme de ventouses scarifiées trouveront leur indication ; à l'intérieur, on devra se contenter soit de la théobromine, soit comme calmant de la poudre de Dower à doses fractionnées, qui nous a, dans de pareils cas, donné d'excellents résultats.

Lorsque les accidents deviennent de plus en plus menaçants et que le terme normal de l'accouchement se rapproche, il convient d'agir plus énergiquement et alors trois problèmes se posent, dont la solution, extrêmement grosse de conséquences, a suscité de nombreuses controverses :

1° Y a-t-il lieu de provoquer l'accouchement prématuré ?

2° L'emploi du chloroforme est-il à recommander ?

3° Doit-on faire usage de préparations digitaliques ?

La question de l'*accouchement prématuré* chez les cardiaques a été discutée à nouveau dans ces dernières années par Leyden, Gusserow, Schlayer, etc. Schlayer le proscrit d'une façon formelle ; dans tous les cas, dit-il, où il l'a vu pratiquer, les malades ont succombé soit pendant le travail, soit après l'accouchement. Leyden pense qu'il peut être rendu nécessaire et qu'on ne doit pas temporiser trop longtemps pour en attendre de meilleurs résultats, Gusserow estimant que l'accouchement prématuré artificiel n'épargne pas à la malade le travail de l'accouchement ni ses dangers, et l'aggrave plutôt, préfère attendre l'accouchement spontané qui se fait souvent alors d'une façon précoce et dans de meilleures conditions. D'autre part, il n'est pas sans exemple que des cardiaques, après plusieurs crises pulmonaires des plus menaçantes aient pu accoucher sans trop de risques et survivre à l'accouchement. Ces diverses considérations expliquent les hésitations des auteurs et surtout les fortes objections élevées par les accoucheurs contre l'accouchement provoqué chez les cardiaques.

Pour notre part, cependant, nous nous rallierons à l'opinion de Leyden, et, en dépit des faibles chances qui subsistent de voir la malade accoucher normalement, nous pensons qu'il est raisonnable d'engager l'accoucheur à intervenir, lorsque la femme enceinte a présenté à plusieurs reprises, et à partir du sixième mois, les graves accidents de l'apoplexie pulmonaire. Si un mois ou six semaines après leur apparition, et malgré le traitement, ces accidents n'ont pas tendance à se calmer, l'intervention, à notre sens s'impose comme un devoir : et on ne doit pas la tenter sous la menace de mort, alors que la malade est en pleine crise d'œdème pulmonaire mais bien dans une des époques d'accalmie qui manque rarement, même au milieu des plus forts accidents. C'est alors à l'accoucheur d'agir pour le mieux et vite.

A cette question se rattache celle de l'*emploi du chloroforme*. Sur ce point, il semble que les avis soient actuellement unanimes et que, contrairement aux craintes qui avaient cours jadis, le chlo-

roforme trouve son indication dans l'accouchement naturel ou provoqué chez les cardiaques. C'est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés nous-mêmes. Si l'affection cardiaque ne s'est accompagnée pendant le cours de la grossesse d'aucune complication appréciable, on pourra laisser les choses suivre leur cours et l'accouchement se faire sans le secours du chloroforme : mais s'il y a eu la moindre manifestation morbide nous croyons qu'il sera bon d'y avoir recours. Nous estimons même qu'il convient parfaitement, si l'on se trouve en présence des accidents pulmonaires propres aux malades atteintes de sténose mitrale. Il est bien évident que son emploi doit être judicieusement surveillé, mais son opportunité dans les cas dont nous parlons ne nous semble pas discutable.

Il n'en est pas de même de l'usage que l'on doit faire des *préparations de digitale*. Si celles-ci conviennent à l'asystolie banale, survenant au cours de la grossesse ou à la suite de l'accouchement, il n'en est plus de même dans les cas où les accidents ont leur siège dans le poumon. Certains auteurs ont déjà noté que la digitale paraissait contre-indiquée au cours de ces complications et M. Merklen a très justement insisté sur ce fait que la digitale pouvait provoquer ou entretenir les accidents pulmonaires chez les femmes enceintes atteintes de sténose mitrale.

M. le professeur Potain a aussi, d'une façon générale, indiqué les inconvénients qui peuvent résulter, pour le poumon, de l'usage intempestif de la digitale dans les cas où la circulation pulmonaire est encombrée à l'excès. Nous avons vu employer, nous avons employé nous-mêmes la digitale dans le cours des accidents gravido-cardiaques liés à la sténose mitrale : nous n'en avons noté que les déplorables effets et nous la proscrivons formellement.

Si après l'accouchement la gêne de la circulation pulmonaire persiste avec oppression extrême, il faut plus que jamais éviter de prescrire la digitale ou la caféine, et, dans de pareilles circonstances, le médicament de choix nous a paru être la morphine donnée en injection de 1/2 centigramme toutes les cinq ou six heures.

La caféine ne convient que s'il y a des accidents syncopaux et la digitale ne doit être employée que lorsque la congestion pulmonaire tend à diminuer. Elle retrouve nettement son indication lorsque trois ou quatre jours après l'accouchement, la fatigue cardiaque se manifeste par l'apparition des symptômes hépatiques et rénaux, les signes pulmonaires diminuant ou tout au moins cessant de s'aggraver. Ici encore, il faut surveiller son emploi et y renoncer si l'on voit les hémorragies pulmonaires reparaître.

III. — Le seul traitement prophylactique de pareils accidents serait de s'en tenir aux préceptes draconiens de Peter et d'interdire le mariage aux femmes atteintes d'affections cardiaques. Mais nous croyons avec M. Huchard qu'on peut apporter quelque tempéra-

ment aux prescriptions de Peter, et la règle que nous conseillons de suivre est la suivante :

Permettre le mariage si la lésion cardiaque est simple et n'a donné lieu à aucune attaque d'asystolie.

S'opposer au mariage de tout son pouvoir si la lésion cardiaque, quoique simple, a déjà provoqué des crises asystoliques si la lésion est complexe ou s'il s'agit d'un rétrécissement mitral opposé très serré.

LA PRATIQUE DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES PAR LES SAGES-FEMMES.

Le récent jugement qui vient de réhabiliter notre confrère Laporte appelle de nouveau l'attention sur les limites dans lesquelles les sages-femmes peuvent intervenir dans les cas difficiles.

Les partisans de Lucine ont même affirmé que « si la sage-« femme avait eu le droit de se servir de ce malheureux forceps, « elle en aurait fait une application dès que les difficultés de déga-« gement lui eussent semblé évidentes. La femme aurait accouché. « La mère, l'enfant et le Dr Laporte eussent été sauvés. »

Un de nos confrères normands publie dans *l'Année médicale* quelques faits de nature à élucider la question.

Dans la loi de 1892, titre III, art. 4, nous lisons : « 1° Il est inter-« dit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas « d'accouchements laborieux, elles feront appeler un médecin ou « un officier de santé. » L'application de cette loi paraît des plus simples ; en effet, au titre V de la même loi de 1892, art. 16, on lit : « Exerce illégalement la médecine ; 2° Toute sage-femme qui « sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'art. « 4 de la présente loi. »

Malgré cette apparente clarté des textes, il y a des termes dont l'étendue est loin d'être définie nettement. *L'emploi des instruments* par les sages-femmes est prohibé, c'est une chose entendue. Est-ce une bonne ou mauvaise mesure ? Nous n'avons pas à discuter la chose ici. Mais la seconde phrase de l'art. 4 nous laisse perplexe. « Dans le cas *d'accouchement laborieux*, etc., etc. » Qu'est-ce que la loi de 1892 entend par accouchement laborieux ? Est-ce seulement celui où l'on doit employer des instruments ? Mais, il y a des opérations obstétricales parfaitement laborieuses, difficiles, dangereuses pour la mère et pour l'enfant, dans lesquelles on n'a d'autres instruments que ses propres mains (qui doivent toujours être des mains propres). Pour ma part, je trouve une version par manœu-

vres internes autrement plus laborieuse, autrement plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant, qu'une application de forceps au détroit inférieur.

D'après un jugement rendu il y a quelque temps par le Tribunal de première instance de X..., une version difficile, laborieuse, puisqu'elle a duré plus de deux heures, ne rentre pas dans la classe des accouchements qualifiés de laborieux.

Voici en quelques lignes le résumé des faits :

Une sage-femme est appelée près de la paturiente et trouve une présentation de l'épaule gauche ; elle se met à pratiquer la version et éprouve des difficultés sérieuses. Elle refuse d'appeler un médecin, sur la proposition de la famille, alors qu'il en existait 5 à petite distance. Après *trois heures et demie* de manœuvres, elle extrait un enfant mort. Dès le lendemain le médecin appelé trouve la femme dans un état grave ; elle succombe au sixième jour à une péritonite généralisée. Quelques jours après la famille attaque la sage-femme devant le Tribunal de X... et présente à l'appui de sa requête un certificat médical, constatant que l'accouchée a succombé à une péritonite *causée probablement* par les manœuvres de l'accouchement. La sage-femme est poursuivie pour infraction au règlement : « n'a pas appelé un médecin dans un accouchement laborieux. ».

Au Tribunal, le médecin témoin qui avait donné le certificat, soutient cette thèse que la sage-femme aurait dû appeler un médecin, voyant qu'elle ne réussissait pas, et surtout qu'il y en avait tout près de l'endroit où elle se trouvait.

Mais voilà où la chose devient amusante, et où l'on voit encore des confrères se liguer contre un autre, et donner, une fois de plus, devant dame Thémis, l'exemple de la confraternité.

Quatre médecins, consultés par le Tribunal, déclarent que la sage-femme a fait son devoir, que les sages-femmes ont le droit de faire la version, qu'on la leur enseigne dans les hôpitaux, etc.

Le jugement fut rendu quelques jours après ; la sage-femme fut acquittée en vertu de cette considération : « que l'on appelait « accouchement laborieux celui dans lequel on employait des « instruments : la sage-femme n'avait pas employé d'instruments, « donc elle était innocente. ».

Il manque, dans toute cette affaire, un élément indispensable dont l'omission est surprenante. L'autopsie de la malheureuse accouchée n'a pas été pratiquée ; la péritonite était certaine, d'accord. Mais, comme il arrive dans ces cas de version très laborieuse,

n'y a-t-il pas eu une rupture utérine, et n'eût-il pas été important de constater *post mortem* si cette lésion existait ? Le fait est probable, comme l'ont répondu les maîtres accoucheurs, Auvard, Champetier de Ribes, Guéniot, Maygrier, Budin, Lacassagne (de Lyon), consultés par notre confrère, et comme nous le pensons aussi.

Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir conclure de cette malheureuse histoire que : En effet, la version est souvent une opération d'urgence que l'on doit enseigner aux sages-femmes avec soin, parce que, bien souvent, elles peuvent se trouver devant un cas très pressant où cette version, rapidement pratiquée, peut sauver l'enfant, et quelquefois aussi la mère. Mais, quand il y a des difficultés spéciales, tous les maîtres désignés plus haut sont formellement d'accord, et leur opinion, à laquelle nous adhérons formellement, peut se résumer dans cette phrase du livre de Budin : *De la pratique des accouchements à l'usage des sages-femmes*, p. 359 : « Lorsqu'il y a présentation de l'épaule, la sage-femme ne « doit pas manquer de faire prévenir un médecin, afin de mettre « sa responsabilité à couvert ; elle n'interviendra personnellement « que si, en l'absence de tous secours, il y a réellement urgence. »

DU VAGISSEMENT INTRA-UTÉRIN ET DE LA PREMIÈRE INSPIRATION.

Thorn l'a observé dans les conditions suivantes : secondipare, rachitique, ayant un bassin aplati et généralement rétréci ; on avait provoqué l'accouchement prématuré avec la sonde de Krause. Les contractions utérines, après avoir été efficaces pendant quelques heures, cessèrent ; rupture précoce des membranes.

T. vit la parturiente 5 jours après l'introduction de la sonde ; dilatation de 2 francs à peine ; il s'écoulait du liquide amniotique teinté de méconium, mais les bruits du cœur fœtal étaient à peu près normaux. Pour accélérer le travail, il introduisit dans le col un ballon de Barnes que son assistant gonfla avec de l'air ; mais, au moment du gonflement, il survint une contraction utérine : le ballon creva, et, au même instant, on perçut nettement un cri fatal qui se répéta même trois ou quatre fois ; il semblait venir de loin, mais il fut entendu par tous les assistants. Les bruits du du cœur conservaient néanmoins leur rythme normal ; pas de bruit respiratoire au stéthoscope.

On introduisit un second ballon, et, au bout de douze heures,

la femme expulsa un enfant vivant, bien portant, nullement asphyxique, ne portant nulle lésion du côté des organes respiratoires. Les suites de couches furent absolument normales.

Comment expliquer, dans ce cas, le vagissement intra-utérin et les mouvement respiratoires *in utero* ?

On peut faire l'hypothèse suivante : le fœtus présentait, vu la longueur du travail, un certain degré d'asphyxie. Le ballon de Barnes, en crévant, fut la cause de l'entrée de l'air dans l'utérus. L'enfant dyspnéique, faisant des mouvements respiratoires, put inspirer l'air introduit dans l'utérus (l'utérus étant à peu près vide d'eau). De plus, l'excitation cutanée du fœtus par l'entrée de l'air fut la cause du premier cri. Mais ces quelques inspirations firent cesser l'asphyxie, et la circulation fœto-placentaire redevenant normale, tout rentra dans l'ordre. T. n'admet pas cette hypothèse ; car suivant lui avant l'application du ballon, il n'existait pas de troubles fœto-placentaires ; les bruits du cœur fœtal étaient normaux. Donc le fœtus n'était nullement asphyxique et n'avait nulle raison de faire des mouvements raspiratoires anticipés. Le vagissement intra-utérin semble donc indépendant de ces mouvements respiratoires.

Pour l'auteur, c'est l'entrée brusque et violente de l'air dans l'utérus qui a excité la surface cutanée du fœtus, ainsi que ses premières voies respiratoires. Cette excitation a donné un reflexe se traduisant par des bruits brefs d'*origine expiratoire*. En un mot, il y a eu seulement des mouvements expiratoires tels qu'on en observe d'ailleurs, dans la toux, l'éternuement : ce sont de véritables mouvements de défense.

Le premier cri, d'ailleurs, dans la vie intra-utérine est aussi d'origine réflexe. La première inspiration, au contraire, dépend des troubles fœto-placentaires et de l'asphyxie fœtale consécutive. Premier cri et première inspiration ne sont, d'ailleurs, pas toujours synchrones. Très souvent, les mouvements respiratoires précèdent le cri ; souvent le fœtus respire déjà, alors que le tronc est encore dans le vagin parfois même alors que la tête n'est pas encore dégagée.

En un mot, le vagissement intra-utérin se produit quand des excitations violentes atteignent un fœtus, dyspnéique ou asphyxique, logé dans une cavité utérine contenant de l'air. Mais il peut se manifester aussi, sans qu'il existe au préalable des troubles fœto-placentaires : dans ce cas, l'excitation des voies respiratoires supérieures par l'entrée de l'air suffit à provoquer des mouvements expiratoires brefs simulant des cris.

PÉDIATRIE

LA PNEUMONIE DES ENFANTS.

Le docteur Schlesinger publie dans les *Archiv für Kinderheilkunde* une étude clinique sur la pneumonie des enfants ; il en ressort ce fait que la pneumonie infantile diffère à différents points de vue de la même affection atteignant les adultes. C'est ainsi que l'on peut répartir les cas de pneumonies croupales infantiles en deux catégories au point de vue de l'invasion de la maladie : tantôt il n'y a pas de prodromes, l'enfant est frappé subitement et la température atteint son maximum en 10 heures ; tantôt, au contraire, l'enfant est indisposé depuis deux et même trois jours, lorsque la température s'élève tout à coup. Cette température, qui chez l'adulte se maintient à son acmé pendant tout le temps de la maladie, peut affecter le type rémittent ou intermittent ; ce phénomène est plus fréquent dans les cas où l'affection porte sur les lobes inférieurs ; quand le lobe supérieur est atteint, ce qui n'est pas rare dans l'enfance, la fièvre est plus régulière.

La terminaison peut se faire par crise ou par lyse ; elle a lieu en moyenne le 6e jour ; dans les deux tiers des cas, elle apparaît pendant la nuit et se prolonge pendant environ 16 heures.

Il peut se produire une pseudo-crise qui précède la crise proprement dite ; ce fait se présente surtout pendant la seconde enfance et plus spécialement lorsque le sommet du côté droit se trouve atteint après la crise ; il est d'observation journalière de voir la température se maintenir en dessous de la normale pendant un nombre de jours assez considérable.

La respiration des enfants atteints de pneumonie présente un type spécial bien connu des cliniciens : l'inspiration est courte et rapide, suivie d'une pause assez longue (appelée quelquefois *apnée*), puis suivie d'une expiration forte ; celle-ci est quelquefois désignée par l'appellation caractéristique d'expiration crachée.

De même que chez l'adulte, le cœur est soumis à un travail considérable ; il doit être surveillé avec soin, souvent il y a de l'arythmie, de l'augmentation de la matité précordiale, et l'auscultation renseigne des souffles doux. C'est surtout pendant la convalescence que ces signes se remarquent du côté de l'organe central.

Comme particularité, la pneumonie des enfants présente un phénomène intéressant, c'est que les foyers sont parfois très limités et ont des limites irrégulières ; c'est ainsi qu'un foyer ne s'étend pas à un lobule entier, mais peut être « à cheval » sur deux lobules ; il se peut aussi qu'un foyer existe dans une portion d'un poumon et un foyer dans l'autre poumon.

Voici quelques données statistiques :

Sur un ensemble de 10,487 enfants malades soignés par Schlesinger pendant cinq ans et demi, il s'est présenté 173 cas de pneumonie croupale. Ce genre de pneumonie est beaucoup moins fréquent que la pneumonie catarrhale.

La pneumonie ne frappe pas indifféremment les enfants quel que soit leur âge ; c'est ainsi que pendant la première année de la vie elle peut être considérée comme rare, tandis que la seconde et la troisième année, elle atteint son maximum de fréquence. Elle devient ensuite plus rare à mesure que l'enfant grandit.

Les garçons sont plus fréquemment frappés que les filles, tout comme les hommes paient un tribut plus considérable à cette maladie que les femmes. Quel peut être dans ces cas l'influence du sexe ? Il serait difficile de le dire ; remarquons cependant que la pneumonie atteint spécialement les individus forts, d'aspect robuste, bien constitués et bien nourris ; or, précisément les enfants masculins sont communément plus forts que les petites filles du même âge.

Le moment de l'année qui favorise le plus l'éclosion de la maladie est le printemps, de mars à mai, tandis qu'en automne, c'est-à-dire pendant les mois de septembre, octobre et novembre, le nombre des pneumonies est beaucoup plus restreint.

*
* *

Le Dr Ruffrecht a présenté à la 69e réunion des médecins allemands un travail sur la pneumonie des enfants, étudiée spécialement au double point de vue anatomique et étiologique. (*Muenchener medicinische Wochenschrift.*)

Il y a une différence totale entre les lésions de la pneumonie croupale et les lésions de la pneumonie catarrhale. Dans la première, ce sont les alvéoles pulmonaires qui sont atteintes d'emblée ; dans la seconde, ce sont les fines ramifications de l'arbre bronchique.

Si on fait une coupe dans un poumon attein de pneumonie franche et si on l'examine au microscope, on trouve les alvéoles pulmonaires remplies complètement et gonflées même par un exsudat solide empêchant complètement l'accès de l'air. Cet exsudat massif est composé de fibride, c'est-à-dire de sérosité sanguine extravasée et coagulée, mélangée à du sang. On distingue dans cette masse des leucocythes, des globules rouges et des cellules épithéliales détachées de la paroi des alvéoles. Les bronchioles sont atteintes secondairement et participent très peu à l'inflammation ; elles sont cependant atteintes à cause du voisinage immédiat des foyers d'inflammation.

Lorsqu'il s'agit d'une pneumonie catarrhale, le tableau est tout

autre ; ici on aperçoit la muqueuse des bronchioles tuméfiée, les vaisseaux sanguins qui la traversent sont augmentés de volume, la muqueuse est bourrée de leucocythes, la lumière de ces conduits aériens est véritablement bouchée par un mélange de fibrine, de sang, et de cellules coagulés, tandis que les alvéoles sont à peu près normales.

A un autre point de vue, il existe encore une différence notable entre les deux affections, la pneumonie croupale atteint toute une zone du poumon, un lobe, par exemple ; en d'autres termes, elle se trouve localisée, tandis que la pneumonie catarrhale frappe séparément un certain nombre de lobules qui se trouvent séparés les uns des autres par une masse de tissus sains, cependant il se peut parfaitement que tous les lobules atteints se trouvent au voisinage immédiat les uns des autres.

Au point de vue étiologique, on peut admettre trois formes de pneumonies catarrhales :

1° La pneumonie catarrhale d'emblée, dont la cause n'est pas bien connue ; elle se présente surtout dans la seconde enfance. Certains auteurs incriminent la syphilis du père comme cause acceptable ;

2° La pneumonie catarrhale secondaire, apparaissant pendant le développement ou la convalescence des maladies infectieuses de l'enfance, telles que la variole, la coqueluche et quelquefois la diphtérie ;

3° Une forme pernicieuse, fréquemment mortelle, chez les enfants affaiblis ou cachectisés par une hygiène mauvaise, spécialement au point de vue alimentaire.

La courbe de la température n'est pas identique dans ces trois affections : dans la première, la fièvre très forte atteint rapidement son maximum ; dans la seconde, la température est également élevée, mais plus constante ; elle affecte surtout le type continu ; dans la dernière enfin, il n'est pas rare de noter l'absence de fièvre.

Le pronostic varie évidemment suivant les circonstances ; d'une façon générale, la pneumonie croupale est beaucoup moins grave que la pneumonie catarrhale. Plus l'enfant est âgé et plus il a de chances de guérison ; plus il est fort, plus il est vigoureux et bien nourri et plus le pronostic est favorable.

***

A la même réunion, le Dr Durek a envisagé spécialement le côté bactériologique de la question : quel est le microbe coupable ? dans quelles conditions son action est-elle efficace ? La forme clinique de l'affection varie t-elle avec le genre de microbe ?

L'orateur résume ses études dans les conclusions suivantes :

1° Dans toutes les formes de pneumonie infantile, on trouve toute une flore microbienne ; mais au point de vue de la fréquence, le *diplococcus pneumoniæ* l'emporte sur tous les autres ;

2° Il en résulte que la composition de la flore microbienne existant dans le cas de pneumonie, n'a pas d'influence spéciale sur le type clinique de l'affection ;

3° L'observation démontre même que les lésions pulmonaires et la composition de l'exsudat ne sont aucunement influencés ;

4° Chose digne de remarque, si l'on étudie la flore microbienne dans les poumons d'enfants morts d'une affection quelconque n'intéressant aucunement cet organe, on retrouve tous les mêmes microbes que dans les cas de pneumonie, même le *diplococcus pneumoniæ*. Ces mêmes microorganismes se retrouvent dans l'appareil respiratoire des animaux domestiques parfaitement sains que l'on sacrifie à l'abattoir.

On peut conclure de ce fait que nous portons en nous-même à l'état de santé parfaite tous les microbes considérés comme les promoteurs de la pneumonie. Mais pourquoi, à un moment donné, se mettent-ils à se développer et à occasionner l'inflammation du poumon et des bronches ?

Parce que les tissus vivants sains résistent suffisamment à leur action ; mais s'ils arrivent à voir leur résistance diminuer, alors les rôles changent, les microorganismes l'emportent et la maladie se déclare.

Le docteur Durek prouve ces assertions par des faits :

1° On peut injecter dans la trachée d'animaux vivants et bien portants des cultures pures de tous les microbes précités sans provoquer le moins du monde chez eux de pneumonie expérimentale ; donc l'organisme est assez bien armé pour la lutte ;

2° Si on affaiblit localement les organes respiratoires, ces mêmes microbes se mettent tout à coup à pulluler et la maladie se déclare.

Pour obtenir cet effet, il suffit d'injecter des poudres irritantes dans l'arbre respiratoire ; en ce cas, même sans injection préalable de culture, on obtient le résultat renseigné ;

3° L'affaiblissement local peut se produire par un refroidissement artificiel des animaux. Le sang quite les organes cutanés, tant que les organes internes sont vivement congestionnés ; ce fait suffit pour affaiblir leur résistance.

Dr Bienfait.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

TRAITEMENT DES MÉTRORRHAGIES

L'hydrastis canadensis, l'ergotine et l'hamamelis sont les médicaments de choix.

On formulera :

Extrait sec d'*Hydrastis canadensis*.....	3 gr.
— de seigle ergoté.....	1 gr. 50
Fer réduit par l'hydrogène.....	1 gr. 50

Pour soixante pilules.— Administrer deux à cinq pilules, toutes les vingt-quatre heures.

Teinture d'*Hamamelis*.....	10 gr.
Elixir de Garus.....	100 gr.

Chaque cuillerée contient 1 gramme d'*Hamamelis* ; en prescrire 1 à 2 grammes par jour.

On peut aussi faire des *injections hypodermiques* avec :

Extrait d'ergot.....	1 gr. 20
Eau.....	8 gr. 80

1 gramme représente 0 gr. 12 de l'extrait.

Si l'hémorrhagie est due à une métrite ou à un fibrome, pratiquer la dilatation préalable de l'utérus par la laminaire, dont on augmente peu à peu le calibre, puis la compléter par les éponges préparées aseptiques.

Voici pourquoi il faut procéder ainsi : c'est que la tige de laminaire peut être placée assez facilement, jusqu'au fond de la cavité utérine, sauf des faits exceptionnels de hauteur anormale de cette cavité, et qu'en tout cas, la tige franchit l'isthme utérin, qui offre toujours plus de difficultés à se dilater que les autres parties de l'utérus.

Si, au contraire, on agit trop tôt avec l'éponge préparée, qui offre une disposition conoïde, souvent on ne franchit pas l'isthme, ou bien l'éponge glisse facilement et on n'arrive à dilater largement que le col seul, surtout dans les cas où le col est allongé et hypertrophié.

Donc, lorsque l'on s'est assuré que le petit doigt peut franchir l'isthme, il faut agir avec l'éponge préparée, en utilisant des cônes de plus en plus volumineux. On peut ainsi arriver à une dilatation telle que l'examen de la cavité utérine et de sa paroi est des plus faciles.

Dès que la dilatation est commencée, l'écoulement sanguin cesse absolument ou presque absolument et est souvent remplacé par un écoulement séreux ou séro-sanguin et noirâtre.

Si même la métrite s'accompagne d'écoulement muqueux d'as-

pect gélatiniforme, celui-ci disparaît aussi et fait place à cette sécrétion séreuse ou séro-sanguine.

Lorsqu'on pratique la dilatation utérine et qu'on veut agir rapidement, on peut, sans inconvénient, renouveler tous les jours la tige de laminaire ou l'éponge préparée.

D'abord il peut survenir des accidents douloureux et surtout de la rétention d'urine ; mais ces phénomènes s'amendent en général et alors n'offrent aucun danger.

Si, au contraire, on agit lentement, ce qui est préférable, on ménage les douleurs, et la dilatation peut s'effectuer sans souffrances. Dans ce cas, la dilatation est renouvelée tous les deux ou trois jours.

On peut, la dilatation obtenue, faire une opération ultérieure.

Si, malgré la dilatation, l'hémorragie persiste, c'est que l'on a affaire à une néoformation épithéliale intra-utérine. C'est l'hystérectomie vaginale qui est l'opération de choix.

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Chasteté !

La chasteté est-elle possible chez l'homme ; est-elle possible chez la femme ? Telle est la question que me posait récemment un passionné d'études sociologiques.

Autrement dit, l'homme et la femme normalement constitués, dans la force de l'âge, bien portants, peuvent-ils vivre dans l'abstinence des rapports sexuels ?

On devine combien peut être importante la réponse à cette question :

Si, en effet, l'homme peut vivre chaste, la prostitution n'a plus le droit d'exister ; elle ne constitue plus l'expression d'un besoin irrésistible, mais n'est faite que pour la satisfaction d'une gourmandise inhérente à la nature humaine.— Conclusion : le législateur a le droit de la supprimer, et dans toutes les lois qui touchent à ce chapitre il peut se montrer intraitable.

Contentons-nous de ce simple aperçu des conséquences où peut conduire la solution de cette grosse question et revenons à elle-même pour tâcher de la résoudre.

Les plaisirs sexuels sont-ils un besoin de l'humaine nature, ou au contraire ne sont-ils qu'une distraction qui nous a été accordée pour nous faire aimer l'existence ?

Sont-ils, en d'autres termes, une nécessité ou un simple agrément ?

Est-il aussi indispensable pour vivre d'aimer charnellement que d'être entouré d'air respirable ?

L'homme ou la femme, à qui on interdirait tout rapport sexuel, succomberait-il de ce fait, deviendrait-il malade ou fou ?

Cette question peut être résolue de deux façons : par l'*examen de faits*, par le *raisonnement*.

Voyons d'abord ce que nous disent les faits, nous demanderons ensuite au raisonnement à quelle conclusion il nous conduit.

*
* *

Les faits !

Cherchons autour de nous ; les exemples de femmes et d'hommes ayant vécu chastement, et j'entends ici la chasteté absolue, c'est-à-dire sans commerce charnel, sont loin d'être rares.

Les femmes surtout abondent.

La plupart des prêtres et des Sœurs ne sont-ils pas dans ce cas ?

Oh ! je n'ignore pas que pour un certain nombre la chasteté est discutable, ou au moins qu'elle peut être suppléée par des pratiques aboutissant aux mêmes résultats.

Je l'admets, bien que le fait ne soit pas aussi prouvé que d'aucuns veulent le dire, mais quelque sceptique que vous soyez, vous accorderez toujours que chez un certain nombre de prêtres et de Sœurs la chasteté absolue existe.

Elle existe, donc elle est possible.

Pour ma part, contrairement aux sceptiques de tout à l'heure, je tiens la chasteté pour beaucoup plus répandue qu'on ne le croit.

Je me suis laissé dire par un vieux anaticien de Paris qu'après quelques années de mariage il était étonné de voir combien il rencontrait de ménages chastes à Paris, le mari harassé d'affaires et d'occupations, oubliant les plaisirs sexuels pour pouvoir suffire aux nécessités de l'existence.

Mais ces impotents de l'amour ne veulent pas, par vanité et amour-propre, laisser connaître l'abstinence dans laquelle ils vivent ; la femme n'en dit rien pour ne pas exciter la pitié qui l'humilie profondément, et ce double sentiment fait que des couples vivant chastement ou ne sacrifiant que bien rarement à Vénus, se vantent au contraire de prouesses génitales.

Qu'à la campagne où la vie est moins intense, les plaisirs moins nombreux, les soirées plus longues, la chasteté soit moins répandue entre mari et femme, c'est possible ; mais à Paris et sans doute dans la plupart des grands centres, il en serait autrement d'après ce médecin expérimenté et documenté ; j'ajoute foi à son dire.

Il y a donc des cas de chasteté indéniables dans les ordres religieux d'hommes et de femmes, et dans la société laïque la chasteté relative est beaucoup plus répandue qu'on ne croit. Telle est donc la conclusion qui découle des quelques considérations qui précèdent.

Arrivons maintenant au raisonnement et demandons-lui la solution de la même question.

***

L'être humain, homme ou femme, en pleine force de l'âge, peut-il vivre dans la chasteté absolue ?

Peut-on, par le raisonnement, admettre que la physiologie humaine soit compatible avec cette abstinence ?

Ma réponse sera catégorique :

Non, *non*, et *non*.

Car si Dieu ou la nature avait permis que l'union sexuelle fût facultative, la vie humaine pourrait s'arrêter sur la terre ; or la reproduction de l'homme est une loi aussi fixe et aussi immuable que sa vie même.

L'homme pourra lutter contre ce besoin ; il pourra se servir de moyens détournés qui lui en donneront l'illusion, mais cette lutte aura une fin et il finira par succomber, c'est-à-dire à obéir à la loi commune, sinon il tombera malade ou deviendra fou.

L'homme est fait pour aimer charnellement, comme il est fait pour respirer, pour se nourrir ; il pourra bien jeûner un certain temps, ne pas respirer pendant quelques secondes, mais s'il veut lutter au delà de ses forces il finira par succomber.

Le besoin des rapports sexuels se montre naturellement avec des caractères qui lui sont propres ; on peut rester plus longtemps sans posséder une femme que sans manger et surtout que sans respirer ; mais au fond le besoin finit par dominer l'être et tout en lui laissant en apparence plus de liberté et d'indépendance, l'homme ne peut pas s'en affranchir.

A cet égard le besoin est certainement moins impérieux chez la femme, car en amour l'activité revient surtout à l'homme, alors que la passivité est de son côté ; mais il est des moments de son existence où la femme normalement constituée ne pourra pas résister à l'homme qui demande sa possession, périodes de rut inconscient où la nature la livre pieds et poings liés au maître et seigneur qui doit la féconder.

La femme et l'homme qui, toute leur existence, ont pu résister sans succomber au désir charnel, qui meurent vierges, sont des monstruosités ; ce sont des êtres anormaux, anormalement constitués ou fonctionnant d'une façon anormale. Encore plus anormaux seront les êtres qui n'auront pas eu à lutter, n'éprouvant pas le besoin de l'union sexuelle.

Quant à ceux qui ont pu tromper les ardeurs de ce besoin par des moyens factices, soit par des pratiques solitaires, soit en s'adressant à une partner de même sexe, ce sont également des monstres, des fous.

Donc, tous les êtres humains hommes ou femmes, qui pour une raison quelconque, n'obéissent pas aux lois normales et physiologiques de l'accouplement des sexes, qui commencent à la puberté, pour finir au retour d'âge, dernière période, vague chez l'homme, et au con-

traire plus précise chez la femme, doivent être considérés comme des anomalies.

Par le raisonnement, nous arrivons à cette conclusion que l'être humain est fait pour l'union sexuelle, que physiologiquement cette union sexuelle constitue un besoin absolu, auquel ni l'homme ni la femme ne peuvent se soustraire, et tous les êtres qui, par une lutte plus ou moins vive, arrivent à éluder ce besoin doivent être considérés comme des anomalies et des exceptions ; loin de les prendre et de les citer comme exemples, il faut les ranger dans le camp des anomalies.

***

Législateurs ! au lieu de chercher des lois qui empêchent ou entravent l'union sexuelle, faites au contraire des lois qui permettent cet accouplement dans les meilleures conditions.

Ne favorisez pas ceux qui cherchent à vivre dans la chasteté, ils existent, les faits sont là pour l'attester, mais ces êtres n'obéissent pas à la loi naturelle, ils constituent des monstruosités dans la nature.

Loin d'être criminelle, l'union sexuelle est sacrée ; ce qui est criminel, c'est l'abus qu'on peut en faire, c'est la débauche où son abus peut conduire.

Mais l'union sexuelle qui a pour but la reproduction, est la base de notre société ; vouloir l'entraver, c'est vouloir détruire cette même société.

L'homme et la femme sont créés pour s'accoupler ; toutes les lois que rêve le législateur doivent permettre cet acte naturel dans les meilleures conditions possibles ; elles doivent surtout viser l'enfant qui résultera de cette union sexuelle, et faire qu'en lui permettant de naître, elles entourent cette naissance et cette enfance de toute la sécurité qui doit assurer les premières années de l'existence.

Voilà quelle doit être avant tout la préoccupation du législateur, et loin d'empêcher cette union sexuelle sous des prétextes plus ou moins fallacieux, il doit la présenter à l'homme non comme un plaisir ou une simple distraction, mais comme un des actes les plus importants de son existence, acte dont son avenir, celui de la femme qui se livre à lui, et enfin de l'enfant qui en résultera, dépendront.

C'est malheureusement ce à quoi aucun des jeunes gens qui quittent les bancs du lycée, pour jeter leur virginité au vent, ne songe un seul instant et combien poncif serait jugé par les temps actuels celui qui oserait lutter pour des idées aussi peu fin de siècle ! !

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN AU DÉBUT.

Par le Prof. Laroyenne, de Lyon.

Neuf fois sur dix, les cancers du col, surpris pour ainsi dire à leur début, sont des trouvailles faites au cours d'un examen pratiqué pour le diagnostic d'une autre lésion, à moins qu'une hémorrhagie légère n'ait appelé de ce côté l'attention de la malade. Parfois même ils sont méconnus, surtout par les médecins qui ont trop confiance dans les signes fournis par l'examen au spéculum et pas assez dans les indications données par le doigt.

Depuis longtemps, j'ai indiqué un signe qui ne m'a jamais trompé : c'est ce qu'à cette clinique on appelle le signe de l'ongle. Voici en quoi il consiste : en face d'un col plus ou moins gros, présentant au pourtour de son orifice une surface rouge, parfois granuleuse et ulcéreuse, vous aurez affaire à une dégénérescence toutes les fois que l'ongle de votre index pourra pénétrer dans son épaisseur et ramener des fragments épithéliaux ; si, au contraire, vous ne réussissez pas à faire pénétrer dans la susdite surface ulcéro-tomenteuse votre ongle, vous pouvez être assuré que vous n'avez sous les yeux et le doigt qu'une lésion inflammatoire, une métrite cervicale en un mot.

Il n'y a, en effet, qu'une production épithéliale, greffée sur une muqueuse généralement malade aussi, qui sera assez friable, assez désagréable pour pouvoir être éntamée par l'ongle. Celui-ci pourra, dans certaines métrites cervicales fongueuses, faire saigner abondamment ce col malade, mais il ne pourra ni l'entamer, ni surtout en ramener des fragments. N'oubliez donc pas le signe de l'ongle, quand vous vous trouverez dans un de ces cas un peu embarrassants où le médecin hésite entre une métrite cervicale fongueuse ou un épithélioma au début.

Je vous disais tout à l'heure que les épithélioma du col étaient généralement greffés sur une muqueuse malade. C'est qu'en effet, lorsque le col est indemne de toute déchirure, qu'il n'est pas soumis à des causes d'irritations infectieuses ou traumatiques, on n'observe pas de dégénérescence.

Un fait, à ce sujet, m'a vivement frappé. Parmi toutes les sœurs hospitalières que j'ai soignées et parmi lesquelles j'ai trouvé à peu près toutes les affections gynécologiques, je n'ai jamais observé de cancer du col utérin ; jamais, dans ma pratique hospitalière, je n'ai rencontré de dégénérescence épithéliale du col chez les femmes vierges, ou n'ayant présenté antérieurement de lésion du col. Je ne veux pas en conclure que ce fait n'ait jamais été constaté, non, mais il doit être ultra-exceptionnel et ne peut pas être pris en considération.

Mais, en somme, pour moi, le point de départ des épithélioma du col est soit une lacération ou déchirure du col, soit une lésion inflammatoire irritée par des sécrétions utéro-vaginales, ou encore par une thérapeutique intempestive. Voyez ce qui se passe pour les lèvres, pour l'anus où les causes d'irritations sont multiples. Presque toujours, dans ces cas-là, le cancroïde a été précédé d'une petite plaie, d'un bouton verruqueux. Qu'on mette cette plaie, cette petite verrue à l'abri d'une irritation quelconque et la guérison surviendra. Si, au contraire, les causes d'excitations irritatives, naturelles ou artificielles, persistent, vous verrez se créer de toutes pièces un véritable cancer. Il en est de même pour l'utérus.

Cette transformation de l'érosion cervicale en épithélioma, a, du reste, été déjà signalée depuis longtemps par Breisky (1) et ensuite par Emmet. Mundé, de son côté, dans sa *Gynecologia Minor*, a observé plusieurs cas de cancer suivant de plus ou moins près une simple lacération avec érosion du col. La possibilité d'un accident aussi grave constitue une raison de plus pour intervenir tôt, et cela d'autant plus qu'une opération très simple s'applique aussi bien au cancroïde débutant du col qu'aux lésions inflammatoires dites métrites cervicales.

J'employais beaucoup, autrefois, la pâte de Canquoin appliquée suivant des principes particuliers, dans ces cas de cancer au début, et, par cette méthode, j'ai eu des guérisons radicales.

J'ai présent à l'esprit le cas d'une femme de confrère qui présentait un épithélioma limité du col. L'examen histologique, fait par un de vos maîtres très compétents en la matière, le docteur Chandelux, révéla un cancer de la pire espèce ; eh bien, avec une cautérisation profonde au chlorure de zinc, faite après l'amputation du col au thermo-cautère, non seulement elle a eu une guérison persistante, mais encore a pu devenir grosse et accoucher à terme. Je compte d'autres cas semblables dans ma pratique. Mais pour obtenir des résultats semblables, il faut employer le canquoin suivant des procédés que l'on ne connaît plus aujourd'hui et dont je vous entretiendrai un jour, à l'occasion du traitement des cancers inopérables.

Malgré ces succès, j'ai, en effet, renoncé au canquoin dans les épithélioma bien limités du col, car, surtout quand il s'agissait de femmes jeunes, j'ai pu observer des phénomènes de sténose et d'atrésie du col après l'application de la méthode caustique. Vous comprenez les troubles qui accompagnent l'oblitération du canal cervical quand la malade continue à être réglée. Je préfère, actuellement, la méthode sanglante, avec une technique opératoire bien simple qui permet peut-être de mieux se rendre compte de la profondeur des lésions, tout en mettant d'une façon absolue à l'abri de l'atrésie cervicale.

(1) Breisky. — *Allg. Wien. Med. Zeistchr.*, 1882, n° 52.

Voici comment je procède dans ces cas : Je commence, après les précautions antiseptiques d'usage, à dilater le canal cervical. Cette opération déplisse la muqueuse du col et facilite sa réunion avec les bords du vagin dans le dernier temps de l'opération.

A ce moment j'incise circulairement ou, plus exactement, d'abord en avant, puis en arrière, et enfin latéralement les insertions du vagin au col.

En avant, je décolle la vessie de ses adhérences à l'utérus, mais sans ouvrir le cul-de-sac péritonéal. J'en fais autant en arrière et latéralement. Il vaut mieux ouvrir le cul-de-sac péritonéal postérieur, quand on n'est pas sûr d'être à deux centimètres au-dessus des limites du mal.

De même, latéralement, on est obligé parfois de lier l'utérine ou l'une de ses branches, quand on est remonté un peu haut.

Puis je coupe latéralement le col jusqu'à ses insertions vaginales, de façon à avoir deux volets, antérieur et postérieur, comprenant la lèvre antérieure et la lèvre postérieure du col. J'obtiens ainsi deux lambeaux utérins qui donnent une bonne prise aux pinces fixatrices.

Je procède alors à la section du col, soit au ciseau, soit au thermo-cautère recourbé.

Le point important se présente alors : c'est la réunion de la muqueuse vaginale désinsérée du col au bord antérieur de la muqueuse du col. Il ne faut pas craindre de multiplier les points de suture, que l'on fasse un surjet ou bien une série de points séparés et cela pour deux raisons : en premier lieu, pour obtenir une réunion aussi parfaite que possible des deux muqueuses endo-cervicales et vaginales, ce qui est la meilleure sauvegarde contre les rétrécissements ultérieurs, et ensuite pour obtenir une hémostase complète. Il ne faut pas oublier, en effet, que le col est très richement vascularisé au point de vue artériel. Les points de suture devront, outre les muqueuses précitées, comprendre une certaine épaisseur de tissu utérin pour que chaque artériole se trouve enserrée dans une anse de fil. N'oubliez pas que des hémorrhagies graves ont pu être la conséquence de l'oubli de cette précaution.

La suture peut se faire de différentes façons, transversalement ou en étoiles à point séparés. La chose importe peu, pourvu que l'adossement muco-muqueux soit complet.

Vous serez peut-être étonnés de me voir pratiquer cette opération, en somme conservatrice, quand, actuellement, on pratique avec tant de facilité l'hystérectomie vaginale complète. C'est que, Messieurs, je n'envisage aujourd'hui que les cas où le néoplasme est très limité et où, en somme, on rend service à la malade en lui conservant son utérus.

D'autre part, pièces en main, après l'opération, on se rend compte que l'on a dépassé les limites du mal pour se croire, dans une certaine mesure, aussi à l'abri d'une récidive qu'après l'hystérecto-

mie complète. Du reste, les cas de guérison radicale après la simple amputation du col, sont là pour justifier cette opération qui, à première vue, me semble même donner de meilleurs résultats définitifs que l'hystérectomie complète. Mais cela tient simplement à ce que cette dernière opération s'adresse à des cancers plus avancés.

HOTEL-DIEU DE PARIS : M. LE PROF. DUPLAY. TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES DU SEIN.

Le cancer du sein est une maladie de l'âge moyen de la vie, ou de la période initiale de la vieillesse. Mais il peut frapper des sujets jeunes et dans ces cas, contrairement à ce que l'on pourrait supposer *a priori*, le pronostic est d'ordinaire très grave. C'est là, du reste, une sorte de loi générale que les tumeurs malignes des jeunes sujets sont particulièrement graves, se généralisent rapidement et récidivent presque aussitôt après leur ablation (cancers du testicule, de l'œil, etc.).

L'*hérédité* bien constatée, autrement dit l'existence du cancer chez les ascendants, est une condition qui exerce une mauvaise influence sur la marche du néoplasme, et par conséquent assombrit d'autant plus le pronostic. Non seulement la forme qu'on observe chez le sujet doit être tenue pour grave, mais après ablation du mal la récidive est fort à craindre.

La durée moyenne de la survie, après l'opération du cancer du sein, est de 5 années ; mais ce terme de cinq années représente une moyenne. Dans un grand nombre des cas la récidive de la tumeur et la mort surviendront beaucoup plus tôt. Inversement, il existe des observations où la guérison s'est maintenue pendant 10, 20 et même 40 ans. Pour ma part, le terme le plus long que j'ai observé est de 13 ans. D'ailleurs, pour ces cas de survie exceptionnelle, on est en droit de se demander si le diagnostic de cancer n'était pas erroné.

Pour asseoir le pronostic et le traitement sur des bases solides, il est nécessaire de vous rappeler le mode de progression du processus carcinomateux.

Une première notion fondamentale établie par les recherches modernes, et spécialement par celles de Heidenhein, est que, dès qu'il existe un noyau cancéreux au sein, si petit qu'il soit, la glande entière doit être considérée comme atteinte. Heidenhein, en effet, ayant soumis un grand nombre de tumeurs cancéreuses du sein à des coupes multiples, a constaté, très loin du noyau cancéreux et sur les lobules glandulaires macroscopiquement sains, des lésions incontestables. Sur ces points éloignés, l'auteur a pu suivre la prolifération des cellules des acini, la prolifération des noyaux du tissu conjonctif périacineux et enfin l'envahissement

plus ou moins complet de la tunique propre des canalicules glandulaires par les cellules épithéliales. Ces lésions indiquent un processus épithéliomateux, c'est-à-dire une dégénérescence carcinomateuse au début. De cette notion résulte cette conséquence que, si la glande n'est pas enlevée dans sa totalité, la récidive locale est presque fatale. Il faut noter, en outre, que les prolongements anormaux de la glande, comme le prolongement axillaire (*glande mammaire accessoire*), sont susceptibles de subir les mêmes altérations microscopiques et devenir, après ablation de la glande mammaire proprement dite, le siège d'une récidive. D'où la conclusion qu'il faut extirper non seulement la totalité de la glande, mais encore tous les prolongements qu'elle peut présenter.

Dans le cancer du sein, et presque dès le début, l'envahissement du système lymphatique est le plus souvent perceptible cliniquement. On trouve alors, dans le creux de l'aisselle, un ou plusieurs ganglions lymphatiques engorgés et quelquefois même il est possible de sentir le long du bord inférieur du grand pectoral les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes, sous forme de cordons indurés qui, dans certains cas, viennent se terminer au centre de la mamelle malade, reliant ainsi les ganglions de l'aisselle à la masse carcinomateuse. Les ganglions qui s'engorgent les premiers, et qu'il faut rechercher tout d'abord, sont ceux du groupe antérieur, situés derrière le bord du grand pectoral, ainsi que Kirmisson l'a démontré. Mais si ces ganglions lymphatiques sont toujours manifestement pris dans le cancer du sein, il n'en est pas de même des vaisseaux, qui peuvent paraître cliniquement indemnes, alors que l'examen microscopique démontre leur envahissement précoce (embolies cancéreuses). Il en résulte, au point de vue qui nous intéresse, que la possibilité de constater cliniquement l'envahissement des vaisseaux lymphatiques comporte un pronostic beaucoup plus sérieux.

Cette dernière considération entraîne cette conclusion, qu'au point de vue thérapeutique il faut se comporter vis-à-vis des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, même en apparence indemnes comme on le ferait pour les ganglions engorgés. C'est-à-dire qu'il faut non seulement extirper la totalité de la glande mammaire avec tous ses prolongements, mais qu'il faut enlever encore tout le territoire lymphatique dont la glande est tributaire. C'est là une indication thérapeutique difficile à réaliser ; on y parvient cependant par le curage de l'aisselle et l'ablation du tissu cellulaire qui relie la glande au tissu cellulaire de l'aisselle. Malheureusement les lymphatiques qui pénètrent dans le thorax échappent à l'intervention.

Les opérations pratiquées en s'appuyant sur ces nouvelles données semblent avoir fourni déjà des résultats remarquables au point de vue de la repullulation du néoplasme. Le nombre des récidives est devenu plus restreint.

Voici le manuel opératoire, tel qui doit être réglé actuellement, de l'extirpation du sein cancéreux :

1° Par une incision dépassant largement la glande malade, circonscrire la plus grande étendue possible de la peau du sein, et prolonger cette incision en raquette vers l'aisselle ;

2° Disséquer minutieusement la glande mammaire et tous ses prolongements ;

3° Arrivé sur le grand pectoral, si l'on constate des adhérences même légères avec son aponévrose, enlever largement celle-ci en mettant à nu les fibres musculaires. Si ces adhérences paraissent plus profondes, enlever aussi résolument le pectoral, et se comporter de même, qu'il y ait ou non des adhérences, s'il existe des masses ganglionnaires étendues ;

4° Prolonger la dissection des parties molles en dehors, sous le bord inférieur du grand pectoral, en comprenant une bonne épaisseur du tissu conjonctif, lequel contient les vaisseaux lymphatiques ;

5° Après s'être débarrassé de la glande et du pédicule conjonctif, procéder au curage complet de la cavité axillaire, enlevant à la fois ganglions lymphatiques et tissu cellulaire, et prolongeant la dissection jusqu'au sommet de l'aisselle. Ce temps de l'opération se pratique avec les doigts, avec un instrument mousse quelconque ; il est rendu beaucoup plus facile par la section en travers et à plus forte raison par l'ablation du grand pectoral ;

6° Enfin réunir les lèvres de la plaie par la suture sans drainage ; si la réunion par première intention n'est pas possible, à cause de la nécessité dans laquelle on s'est trouvé d'enlever une grande étendue de peau, se contenter d'une réunion partielle, et, pour le reste, faire un pansement à plat.

PROSTITUTION ET SYPHILIS (1).

Par le Dr F. Verchère.
Chirurgien de Saint-Lazare.

Il est certaines questions devant lesquelles on recule par suite de l'horreur qu'elles inspirent. — Elles sont importantes, on reconnaît toute l'utilité de leur étude, mais nul ne les veut faire connaître parce que ce sont « choses dont on ne doit pas parler ». — Aussi, laissées dans l'ombre par ceux même qui devraient s'en occuper davantage, elles ne se résolvent pas et toutes les considérations qu'elles peuvent inspirer restent lettre morte.

S'il est des réformes nécessaires, on ne les fait pas, nul ne les demande. — Il est « certaines choses dont on ne parle pas ».

(1) Notes pour une conférence faite à la Salle des Dépêches de la *Médecine moderne*, le 1er février 1898.

Il semblerait qu'il faut un certain courage pour mettre au jour, en pleine lumière une plaie sociale, qui ronge la société et a causé plus de maux depuis la plus haute antiquité que la plus effroyable des épidémies, que le plus terrible des fléaux.

C'est le devoir du médecin qui doit regarder en face l'ennemi à combattre, de ne pas s'arrêter devant la plaie qu'il doit panser, et de clamer hautement ce que son expérience et sa conscience lui inspirent, s'il pense que quelque soulagement peut résulter de son acte de courage.

C'est le but que j'ai poursuivi en faisant cette conférence.

Soyez tranquille, cependant ; comme le dit un des auteurs traitant de la même question « ayant à étaler, à sonder la plus hideuse des plaies sociales, devant déchirer le voile qui cache la débauche la plus basse, la plus vile, jusque dans les cours des rois et même des papes, nous imposerons à notre plume (je dirais à notre langage), une réserve d'autant plus grande et plus facile que la vue seule de tels tableaux donne une suffisante leçon de moralité. »

J'ajouterai que je laisserai complètement en dehors le côté de moralité. — Nous parlons entre médecins et je ne vois pas ce que la moralité peut avoir affaire avec la physiologie.

Ceci ne nous regarde point. Si vous voulez que je devienne cynique à certains yeux moins médicaux que les nôtres, je dirai volontiers que la prostitution doit être par nous considérée dans ses rapports physiques et pathologiques et non dans ses rapports moraux, si tant est qu'il y en a. — Je la considère comme la nécessité du fonctionnement normal de certains organes et n'ayant rien à voir avec les lois morales ou les principes religieux et philosophiques.

C'est même cette loi physique, cette loi de nature, qui a imposé la prostitution au monde tout entier depuis qu'il est créé.

Dès la plus haute antiquité, dès que des lois « humaines », mais fort inhumaines, sont venues entraver le libre exercice de la virilité et la libre satisfaction des passions féminines, dès que l'on a eu enfermé le libre fonctionnement physique dans des lois sociales de mariage, de famille, d'hérédité, on a créé la prostitution.

La prostitution est née avec la civilisation, mais elle n'existe pas comme immorale, chez les peuples primitifs. — Elle est légitime.

Dans la Bible, Salomon avait 700 femmes et 300 concubines, c'était la prostitution officielle, légale. — Il est vrai qu'à cette époque cette promiscuité de la femme avait un but très noble, elle tendait à augmenter le nombre des enfants. Depuis, hélas ! ce fut une raison diamétralement opposée qui contribua à établir la prostitution définitive. — Ce fut la nécessité de laisser les enfants tomber dans le domaine public qui contraignit les célibataires ou autres à rechercher des plaisirs (comme médecins nous dirons des nécessités)

sans dangers pour leur responsabilité ultérieure. — La prostitution est dès le principe une polygamie sans responsabilité, à contrat résiliable, à terme plus ou moins rapproché.

Dans cette même phase de l'histoire de la prostitution, chez les Grecs, nous la voyons, avec Solon, pour la première fois se réglementer. Solon, homme moral, fit acheter des prostituées en dehors du territoire de la République et fonda le premier lupanar. « Solon, s'écrie un personnage dans une pièce du poète Philémon, cité par Athéné (livre XIII, chapitre III), tu as été notre bienfaiteur à tous par cette invention si utile au peuple ou plutôt au salut public, dans une ville pleine d'une jeunesse ardente ». — Et cependant malgré les services si bien appréciés de ces filles, de ces esclaves officielles, elles étaient notées d'infamie. Triste remerciement des services rendus.

Il n'en était pas de même des clandestines. Comme maintenant, les hétaïres étaient le point de mire de tous et l'empire de la beauté chez les Grecs leur était dévolu. La femme grecque ne quittait pas le domicile conjugal ; comme Pénélope, le type de la femme de foyer, elle faisait de la tapisserie. — Les femmes galantes constituaient l'idéal du peuple grec amoureux de l'art, du beau et de la volupté. — C'est la femme galante qui inspire les grands artistes et même les philosophes, quelques-uns, cependant, comme Socrate les méprisaient. — On les élevait en serre chaude. Dès leur enfance elles étaient destinées à cette carrière ; à Millet, à Lesbos existaient des collèges où on les préparait par de fortes études au rôle qu'elles devaient jouer dans la République. Démosthène ne disait-il pas : « Nous avons des amies (hétaïres) pour la volupté de l'âme, des filles pour la satisfaction des sens, des femmes légitimes pour nous donner des enfants de notre sang et garder nos maisons. »

Chez les Romains, nous ne trouvons pas ce côté artiste de la prostitution, c'est moins le beau en lui même, l'idéal, c'est la débauche et tous ses accessoires qui les dirige, qui leur fait rechercher la prostituée. — Aussi, chez eux, plus de ces collèges où l'instruction, le culte de l'esprit, venaient ajouter son charme à celui de la beauté. — C'est la maison publique, avec tous ses raffinements, mais tous les raffinements de luxure orgiaque. Les maisons de Pompéi nous montrent même l'installation de ces lupanars célèbres et nombreux. — Ce sont des peintures obscènes, des enseignes phalliques, puis des cellules sans autres ornements que des peintures murales, dans lesquelles la fille attend le Romain comme l'araignée la mouche. — Et cette prostitution était générale et sous le bas empire, c'était à l'exemple de Messaline, plus d'une matrone romaine qui allait chaque soir se prostituer dans un de ces établissements et sollicitait le nom de courtisane et se faisait inscrire sur le régistre des édiles afin de pouvoir mener une vie licencieuse, sans

crainte d'être châtiée par son père ou son mari. — Ce n'était plus la femme qui était prostituée, c'était l'homme qui se prostituait.

Cette débauche atteignait un tel point que Tibère, cependant sujet à caution, fut contraint d'intervenir. Il interdit aux femmes et aux filles de chevaliers la prostitution légale sous peine d'être déportées aux îles. Enfin il déclara que la jeune fille qui se serait prostituée ne pourrait s'engager dans les liens du mariage, — ce qui donnerait à supposer qu'elle aurait pu encore trouver un fiancé.

A la chute de l'empire romain, toute mesure était franchie et la prostitution s'étalait en tous lieux. Les cabarets, les bains, les boutiques de barbiers, tout servait de lieux de rendez-vous et nulle loi ne put arrêter l'envahissement de la corruption qui devait entraîner la disparition du vaste empire.

Le seul mobile, la seule origine à cette débauche était une dépravation profonde. C'était la satisfaction des sens, c'était la luxure qui conduisait les anciens.

Même origine allons nous trouver à la prostitution pendant les premiers siècles de notre histoire.

Les Mérovingiens, y compris Clovis après sa conversion, avaient plusieurs épouses, plusieurs maîtresses et les évêques, qui étaient souvent engagés dans les liens du mariage, entretenaient parfois plusieurs femmes à la façon des orientaux.

Charlemagne interdit d'une façon absolue la prostitution, (donc elle existait), par un capitulaire qui est le premier monument de notre législation en la matière. « Toute prostituée prise en flagrant délit devait être fouettée en place publique. Celui qui l'avait logée ou recueillie dans sa maison devait la porter sur ses épaules jusqu'au lieu où elle recevait son châtiment. Les officiers étaient chargés de l'exécution de la loi nouvelle ».

Comme toute loi sur la prostitution, celle-ci n'eut aucun effet et tomba rapidement en désuétude.

Pendant la féodalité, nous voyons tous les grands vassaux posséder un sérail et celui des comtes de Toulouse était célèbre dans le midi. Saint Louis essaie de réagir ; l'audace et le dérèglement des filles publiques ne connut alors plus de bornes. Il veut faire cesser tout désordre par une prohibition absolue. Ce fut un déchaînement général. La prostitution devint universelle et l'on dut revenir à la tolérance dans le sens le plus étendu du mot.

Saint Louis avait construit pour les filles la maison des Filles-Dieu. Nous voyons là le premier pas dans la voie utile qui mènera à l'atténuation du mal inéluctable de la prostitution. Employer comme remède l'hygiène et non la répression brutale.

On assignait aux filles certains quartiers, certaines rues et cette délimitation de la prostitution va devenir le moyen qui se généralisera dans nombre de villes et qui est encore employé.

A Paris, laissez-moi vous rappeler certains noms de rues réellement pittoresques de ces quartiers heureusement disparus. La rue

Froidmantel, Glatigny, Clopin, Tireboudin, (je n'explique pas par quelles transformations ces noms se sont ainsi modifiés). Transnonnains (c'était Trousse-Nonnains), la rue Pute-y-musc (actuellement Petit-Musc), rue de la Vieille-Boucherie, de l'Abreuvoir, du Renard, du Heuleu (du hurleur). En province même isolement à Strasbourg, à Marseille. A l'étranger, même rélégation à Londres, Genève, Berlin, etc. Je ne veux que vous citer l'Espagne où le code d'Alphonse IX, roi de Castille, et les pragmatiques de 1552 et 1566 contiennent les dispositions nombreuses relatives aux filles de joie. A Valence, se trouvait une maison de filles de joie établie sur des proportions colossales, d'après la description faite par Antoine Lalaircq qui visita l'Espagne en 1501 à la suite de Philippe-le-Beau.

Vous parlerai-je de l'Italie, de Venise, la Venise des courtisanes, dont le climat ne permettait pas la chasteté,

Littora quæ fuerint castis inimica puellis.

De Naples, de la Rome des papes où Benoist IX établit le premier lupanar. Partout dès cette époque la prostitution est établie et reconnue officiellement, on ne lutte plus contre elle, on l'accepte comme un mal nécessaire et qu'on ne peut supprimer. On l'isole, on la relègue en certains quartiers, en certaines rues, on enjoint aux filles un costume particulier, un signe distinctif, mais on ne cherche plus à l'enrayer, il faut vivre avec elle. Bien plus en nombre de villes on en tire profit et la prostituée devient réellement une patentée qui paie à l'état sa contribution commerciale. Quelques-unes de ces contributions étaient curieuses. Le seigneur de Pocé se faisait amener le jour de la Trinité par ses « officiers toutes les filles jolies de Saumur, celles qui ne seront pas jolies (ribaudes) viendront, dit la coutume, chez la dame de Pocé payer cinq sols ».

En 1469, en la paroisse de Verrières, le seigneur du Poiray pouvait exiger dans le même cas de la fille de joie « quatre deniers ou ses denrées. »

A Strasbourg, un impôt existait sur les filles en 1455. A Béthisy, le seigneur recevait quatre deniers parisis de toute femme publique étrangère qui passait dans ses domaines. Enfin le roi lui-même en 1287, percevait un droit de cette nature à Verneuil.

Mêmes impôts, à Naples, à Berne, etc.

Nous verrons que dans des temps plus rapprochés en France, les prostituées étaient taxées pour les soins qu'elles étaient obligées de recevoir.

Mais la prostitution présente à partir de l'époque où nous sommes arrivés un intérêt beaucoup plus grand. Ce n'est plus seulement à des mesures d'ordre public qu'il va falloir avoir recours. Ce sont des mesures d'hygiène qui vont s'imposer. La syphilis

fait son apparition. De terribles manifestations de la nouvelle affection se montrèrent. C'était le mal dans toute la force de sa jeunesse et le terrible fléau terrifia tout le monde. C'est à la prostituée, cependant la première victime, que s'adressèrent les mesures coercitives.

Charles VIII ordonna que les prostituées fussent brûlées vives et une ordonnance du lieutenant civil de la Prévôté de Paris leur commanda le 10 mars 1635 « de vider la ville et les faubourgs sous peine d'être rasées et bannies à perpétuité sans autre forme de procès ». Ces graves et arbitraires ordonnances ne furent pas exécutées sans difficulté et de nombreux défenseurs vinrent démontrer l'injustice de ces règlements draconiens. Au XVIIe siècle, devant l'extension toujours croissante de la syphilis dont les terribles effets s'étaient étendus jusque dans les demeures royales,

Et la garde qui veille
Aux barrières du Louvre
N'en défend pas nos rois ;

devant l'impuissance des moyens de coercition iniques employés de loin en loin contre les malheureuses qui étaient elles-mêmes les premières victimes de la syphilis nouvelle, Colbert, guidé par le même esprit qui avait conseillé Saint Louis, publia un double règlement qui devait être appliqué aux femmes d'une « débauche publique et scandaleuse » et qui avait principalement pour objet le traitement des filles de joie atteintes de cette maladie.

Et s'il y a quelques modifications dans l'application, nous voyons toujours le même ordre d'idées dirigeant les réformateurs de la morale publique, pour guérir cette malheureuse, une malade en un mot. Elle est envoyée à l'hôpital général ; là elle y recevait le fouet en entrant et y était soumise au régime le plus dur, aux travaux les plus pénibles. En cas de paresse ou d'insubordination on lui infligeait le carcan et les « malaises ». N'est-ce pas de même à notre époque : le soldat va trouver le major, celui-ci commence par le mettre au clou. Mais plus tard, sous le règne de Louis XV, on ne fardait même plus du nom d'hôpital le cachot où on les jetait, on les mettait en prison sans jugement et on les envoyait aux colonies. Et ceci se passait sous Louis XV et cela se passait en France. Et j'ai honte de le dire, il en est presque de même encore.

Vous croyez que notre cœur de médecin ne doit pas bondir quand il voit un tel traitement appliqué à une malade, qui n'est nullement coupable de sa maladie, et tout cela parce que une coutume imbécile, un esprit préconçu, criminel, fait qualifier de honteuse, une maladie qui est comme toutes les maladies, non plus honteuse qu'une autre. Elle peut être contractée dans tous les actes de la vie, le plus simple, et le plus honnête et si elle est contractée dans certaines circonstances c'est dans l'accomplissement d'une fonction naturelle ; elle ne doit pas être plus honteuse qu'une

dyspepsie contractée par fonctionnement exagéré de l'estomac. Tout organe blessé est égal devant le médecin et la honte n'existe que pour ceux qui n'ont pas le courage de leur infirmité humaine.

Mais je reviens à Louis XV.

Il est vrai que dans sa mansuétude, le législateur, pardon l'administrateur, laissait aux femmes maintenues libres la facilité de se faire soigner à Bicêtre, où d'après Mercier elles n'entraient qu'avec difficulté et à prix d'argent !! Vous qui connaissez Bicêtre vous devez juger combien elles devaient payer pour y entrer.

En 1772, toujours pour maintenir l'ordre et sauvegarder la morale publique (qu'il faut croire, ne se garde pas bien elle-même), Lenoir, lieutenant général de police de la ville, prévoté et vicomté de Paris, déclare dans une note d'exposé des motifs, qu'il croit nécessaire de « rappeler la rigueur des ordonnances contre les filles et femmes de débauche, parce que le libertinage est aujourd'hui porté à un tel point que les filles et les femmes publiques au lieu de cacher leur infâme commerce, ont la hardiesse de se montrer en plein jour à leurs fenêtres d'où elles font des signes aux passants pour les attirer, de se tenir le soir sur leurs portes et même de courir les rues où elles arrêtent les personnes de tout âge et de tous états. »

Lenoir complèta l'ordonnance de 1778 par celles de 1780 et 1784 : « Défense aux logeurs en garni de donner à loyer aux dites femmes ou filles de débauche à peine de 400 francs d'amende. Défense à tous marchands et autres de leur louer ou prêter des hardes, vêtements ou ajustements pour se parer, à peine de 300 francs d'amende et de confiscation des objets dont elles se trouveraient munies. Les femmes et filles qui raccrochent dans les rues sont arrêtées par les patrouilles et conduites chez le commissaire de police voisin qui les envoie en prison pour un certain temps. Enjoignons toute à personne tenant hôtel, maison et chambre au mois, à la quinzaine, à la journée..... de mettre les hommes et les femmes dans des chambres séparées et de ne pas souffrir dans les chambres particulières des hommes et des femmes prétendus mariés. » !!!

Il est difficile de voir un règlement plus inapplicable et plus ridicule dans certaines de ses parties. Et cependant ce fut ce même règlement qui resta appliqué pendant de longues années, mais appliqué dans la mesure du possible — et par suite il demeura parfaitement inutile.

La prostitution, quoique reconnue, causait les mêmes ravages et les prostituées étaient toujours soumises au même régime du mauvais vouloir et de l'arbitraire. En 1791, la Révolution eut l'honneur de chercher à répartir équitablement la justice et à faire rentrer sous la loi commune ces parias éternellements persécutées, les prostituées. La loi du 19 Juillet 1791, les renvoie devant les tribunaux, mais seulement lorsqu'elles ont offensé la morale publique par des manifestations scandaleuses et visibles.

Ce n'est qu'en 1796 que la préoccupation sanitaire apparut. On astreignit les femmes de mauvaises mœurs à des visites régulières et obligatoires et on les inscrivit. En 1802, on créa un dispensaire auquel étaient attachés deux officiers de santé. Ce ne devait pas être une sinécure pour eux, mais, par contre, la précaution devait être bien illusoire.

En 1805, création du dispensaire de la rue Croix-des-Petit-Champs, sous le nom de salle de santé. Chaque fille devait s'y rendre quatre fois par mois et verser une somme de douze livres par mois. Il est facile de concevoir que cette obligation de payer devait être pour la fille une raison suffisante pour se dispenser autant que possible de se rendre au dispensaire.

Ce n'est qu'en 1828 que M. de Belleyme, abolissant cette taxe inique, établit d'une façon définitive le service tel qu'il fonctionne à peu de choses près encore actuellement.

Voyons ce qu'est la prostitution actuelle et les mesures qui ont été prises.

Il existe deux genres de filles, au point de vue administratif: les filles soumises et les filles insoumises.

Les premières, de beaucoup les moins nombreuses, sont celles qui spontanément ou administrativement sont inscrites et ont reçu leur carte. Cette carte leur permet de se livrer à la prostitution sous réserve d'observer les règlements (qu'elles n'observent que rarement) et de se soumettre à une visite hebdomadaire au dispensaire. Les secondes, qui sont légion, vivent indépendantes et représentent tous les degrés de l'échelle prostitutionnelle.

Les filles en carte spontanée se recrutent de deux façons différentes. Celles qui sont vouées de naissance à leur honteux métier et n'attendent que leur majorité pour pouvoir briguer l'honneur d'être inscrites. Curieux état d'âme, beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit et qui exige chez ces malheureuses presque toujours un état d'inconscience absolue, bestiale. Ce sont de véritables bêtes de somme, incapables de quoique ce soit d'intellectuel. Ce sont des êtres inférieurs chez lesquels la conservation de leur propre existence n'exige autre chose que la nécessité de satisfaire leur faim et aussi leur soif. Ce sont ces malheureuses que l'on voit, même longtemps, mener cette vie effrayante de brute résistante, sans être atteintes dans leur santé générale ; on les voit rester robustes et propres, d'apparences saines, pendant de longues années, jusqu'au jour où la vieillesse les atteint brusquement pour les jeter dans l'abjection et le gâtisme. De celles-là rien à dire, ce sont à peine des êtres humains ; pour elles il n'y a rien à faire, rien à espérer.

D'autres ont été amenées à demander leur carte par désespérance, par connaissance trop hâtive des difficultés de l'existence. Elles se savent destinées à demander à la prostitution hasardeuse le supplément de salaire nécessaire à leur existence. Elles prennent délibérement leur parti, et se font inscrire de suite dans la

prostitution officielle pour arriver plus vite à la situation qu'elles croient devoir leur assurer l'existence de chaque jour. Il y a comme origine de ces inscriptions, un manque d'éducation première, une question de milieu qui joue souvent un grand rôle. Elles ont vu de plus âgées qu'elles qui ont été réduites à se faire inscrire après avoir lutté longtemps, elles préfèrent ne pas lutter. Ce sont des résignées qui prennent vite leur parti et mènent alors la vie épuisante, étourdissante et cependant, parfois sage et rangée de la prostituée qui considère comme un métier inévitable pour la femme celui qu'elles ont choisi.

Enfin il y a la fille en carte, mise en carte administrativement. Celle-là est généralement une domestique, une ouvrière, une petite ouvrière comme disent les poursuivants de cette variété de filles. Elle est longtemps réfractaire à l'idée de prendre sa carte. C'est une fille jeune qui a commencé par faire la noce (expression qui a une acception toute particulière dans la bouche de ces filles ; faire la noce n'est pas s'amuser, c'est récolter un passant quelconque et l'emmener avec soi moyennant finance, c'est faire le trottoir, c'est se prostituer. Avoir un amant, ce n'est pas faire la noce, c'est une chose légitime, nécessaire, obligatoire ; ce serait manquer à tous ses devoirs de jeune fille que de ne pas en avoir, ce serait encourir les moqueries de toutes les camarades d'atelier, ce serait avouer qu'on est incapable de plaire et de trouver quelqu'un qui veuille bien de vous.)

Pendant que l'on fait la noce, on s'expose à être arrêté, et on l'est inévitablement, on l'est une fois, puis relâché, deux fois, puis la famille est prévenue, trois ou quatre fois, on devient majeure et d'autorité, une commission réunie à cet effet, devant cette récidiviste de la noce, désespère de la ramener à une existence plus convenable, lui donne sa carte, qui d'ailleurs, dans la plupart des cas, n'effraie pas trop la fille. Cependant beaucoup la redoutent ; c'est que cette carte poursuit la fille pendant toute sa vie ; aussi, chiffre officiel, cent femmes dans l'année ont demandé leur carte et six cents ont été inscrites d'office. C'est que, dès le moment qu'elle est inscrite, elle a son nom, son adresse à la Préfecture, c'est qu'elle est tenue à la visite obligatoire, et surtout qu'au moindre manquement au règlement, elle est passible de peines disciplinaires qui varient entre deux, trois, quatre jours, un mois ou deux de détention.

Oh ! cette possibilité d'être condamnée sans jugement est pour elle d'une cruauté effroyable, et la mise en carte n'est redoutée que pour cela. Que l'on ne se figure pas que c'est seulement l'infamie qui s'attache à l'inscription qui les effraie, que l'on ne croie pas que c'est pour elles l'assurance qu'elles sont pour toute leur vie prostituées qui leur peut inspirer une crainte, c'est l'incertitude de leur liberté à partir de ce jour. On les rencontre à une heure du matin sur les boulevards, elles sont arrêtées ; elles passent devant le chef du deuxième Bureau et elles sont condamnées à deux ou

quatre jours de détention ; elles manquent une visite, elles ont une tenue extravagante dans la rue, elles ont une discussion vive, elles se trouvent dans une foule, c'est une condamnation, et une condamnation qui les enferme immédiatement, de suite, sans jugement, sans limite précise, sans enquête, sans défense ! Et j'ai vu des malheureuses qui laissaient chez elles un enfant qui ne pouvait se nourrir parce que leur mère était enfermée à Saint-Lazare et n'avait même pas pu prévenir de son arrestation.

Ces filles en carte peuvent être libres, c'est-à-dire avoir un domicile particulier et beaucoup de nos demi-mondaines, beaucoup plus qu'on ne se l'imagine, des femmes qui causent la joie du Paris bruyant sont des filles en carte, ce qu'elles dissimulent du reste autant qu'elles le peuvent faire. Elles peuvent aussi entrer en maison. Mais peu à peu le nombre de ces filles diminue et aussi celui des maisons.

(*A suivre.*)

OBSTÉTRIQUE

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ET TRAITEMENT PROLONGÉ DES ACCOUCHÉES,

Par M. Doléris.
Accoucheur des hôpitaux.

De plus en plus, il paraît indispensable que l'obstétrique mette à profit les données positives que lui fournit la gynécologie, qu'elle lui emprunte ses principes scientifiques, ses méthodes d'investigation, ses procédés de traitement.

C'est en s'inspirant des notions étiologiques sur les *maladies de la femme* que les accoucheurs peuvent rendre des services incalculables, par les mesures prophylactiques qu'il est en leur pouvoir de mettre en œuvre après l'accouchement, et de poursuivre jusqu'au moment où tout danger est écarté.

Les causes des métrites et des inflammations pelviennes résident pour beaucoup dans les conditions défectueuses où les accouchées sont abandonnées au moment où elles semblent n'avoir plus affaire avec l'accoucheur.

Les causes des déviations, *prolapsus*, *colpocèle*, *rétroversion*, etc., se comprennent aisément, pour qui veut regarder, dans la mauvaise hygiène, et le manque de précautions dans la période post-puerpérale.

On peut dire que grand nombre d'accouchées emportent de leur accouchement les germes de la plupart des affections auxquelles elles seront sujettes dans la suite. Cela, parce que, à tort, elles ne

sont point soumises à des examens méthodiquement pratiqués, à une observation précise et locale qui relève les moindres lésions à leur début.

Les préceptes généraux de l'examen et du traitement gynécologique des accouchées, je les ai appliqués et conseillés avec la plus grande confiance. J'ai, déjà ici, montré ce que devenaient bien des accouchées réputées valides, ou convalescentes, qui étaient envoyées des services hospitaliers ou de chez les sages-femmes, à l'asile de Fontenay-aux-Roses. Quelques-unes y venaient mourir et d'autres y restaient sérieusement malades. Et cependant la délivrance de leur billet de sortie témoignait de l'apparent bon état de santé, reconnu à leur départ du service d'accouchements.

Il y a donc là une lacune.

Depuis trois ans je me suis étudié à la combler et j'ai publié une statistique qui montre que la proportion des femmes arrivées au dixième ou douzième jour de l'accouchement, en conservant encore des aptitudes, des dispositions fâcheuses à des maladies graves, est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit.

Je ne suis pas le seul à défendre ces idées et j'ai reçu de l'étranger des lettres qui témoignent que d'autres accoucheurs ont eu la même préoccupation que moi.

J'ai reçu, le 19 janvier, la lettre suivante signée du professeur Bossi (de Gênes) : « Très honoré confrère, j'ai lu avec la plus vive satisfaction votre très intéressant mémoire : *Examen gynécologique des accouchées*, etc., et les conclusions auxquelles vous êtes arrivé.

Même en Italie, en Allemagne, en Angleterre, il n'y a pas cette si utile habitude de l'examen interne des accouchées avant de les abandonner à elles-mêmes. Il faudrait insister encore et diffuser ces préceptes si utiles. »

Bossi a publié lui-même différents mémoires qu'il a eu l'amabilité de m'envoyer.

Je cite, entre autres, les phrases suivantes : « Qu'il me soit permis de revenir sur une opinion que j'ai émise à diverses reprises, c'est-à-dire l'opportunité de pratiquer un examen interne des voies génitales avant de sevrer de nos soins les femmes accouchées. En général, les accouchées des maternités et des cliniques sont licenciées après un simple examen externe ; dans bien peu d'instituts, on est dans l'habitude de pratiquer l'examen digital combiné et, si nécessaire, l'examen au spéculum.

Mais nous savons que, soit avec la percussion, soit avec le pal-

per, il est impossible de reconnaître les lacérations du col, les exsudats du Douglas, les lésions des annexes... »

Il insiste pour que les jeunes accoucheurs soient initiés à ces investigations... « et ce sera une excellente prophylaxie contre les affections gynécologiques si fréquentes après l'accouchement » (*Milan 1895.*)

Dans un mémoire intitulé : « *De la prophylaxie spéciale à domicile* », Bossi insiste sur la nécessité des examens méthodiques et l'utilité du traitement policlinique dans la période post-puerpérale. Ainsi seront prévenues et arrêtées à temps bien des lésions utéro-annexielles.

Précédemment, le même auteur, écrivant sur l'involution, avait montré l'utilité du massage.

Je dois rappeler qu'Apostoli a préconisé les bons effets de l'électricité dans le traitement de la subinvolution dès 1881.

On voit que l'accord est complet, en effet, entre le professeur Bossi et moi, et que nous avons poursuivi parallèlement le même but. Au lieu du traitement à domicile usité en Italie, je pratiquais le traitement suivi, à la consultation hospitalière, toujours possible dans les conditions qui régissent nos maternités.

Je dois ajouter que l'examen sur lequel Bossi insiste surtout n'est réellement qu'un préambule du traitement rationnel qui doit être l'objectif unique à poursuivre. Là gît la véritable prophylaxie gynécologique, la plus utile peut-être après l'asepsie prophylactique de l'infection puerpérale et son complément naturel.

Les mémoires et les statistiques que j'ai publiés depuis cinq années, basés sur des recherches qui remontent à plus de douze ans : « *Pathogénie et traitement de l'endométrite, accidents tardifs de l'infection puerpérale*, etc.. » s'enchaînent étroitement pour appuyer cette doctrine contre laquelle aucun argument sérieux ne saurait prévaloir, et que des observations sans nombre viennent confirmer chaque jour.

S'il était besoin de nouveaux exemples, je pourrais citer celui d'une de mes accouchées de Boucicaut qui, ayant présenté quelques signes d'infection, s'obstina à vouloir quitter la maternité le quatorzième jour, malgré mes avertissements. Elle s'en fut chez elle à Villejuif, d'une traite, et quelques jours après elle s'alitait et devenait gravement malade. Aujourd'hui elle est soignée par mon confrère et ami le Dr Reulos, pour un phlegmon du ligament large. Elle a des signes de suppuration, du délire, une température très élevée, et ce cas me rappelle exactement quel-

ques-unes des malades hospitalisées à l'asile Ledru-Rollin à leur sortie des maternités de Paris.

Ce n'est donc pas faire œuvre inutile que d'insister sur la nécessité d'un traitement prolongé pour cette catégorie de malades.

Ce traitement gagnerait certes à être fait dans un service spécialement affecté aux maladies dérivant de l'accouchement.

L'accoucheur peut, néanmoins, dans les services de Paris, tels qu'ils sont organisés actuellement, mettre en œuvre la plupart des moyens thérapeutiques appropriés.

*
* *

Le point capital réside dans l'examen méthodique et fréquent des femmes qui ont présenté de l'infection — et dans un examen tout aussi minutieux de chaque sortante.

C'est dans cet examen que l'obstétrique doit s'inspirer des méthodes d'investigation de la gynécologie.

Il y faut procéder :

1° Par le palper combiné au toucher fait alternativement des deux mains ;

2° Par l'inspection de la vulve, du vagin et du col utérin, au moyen des valves habituellement employées, sans négliger la traction du col avec les pinces spéciales ;

3° Par l'analyse des lésions traumatiques subies par le col utérin, les déchirures — et de l'état de la muqueuse cervicale ;

4° Par l'examen des sécrétions du col à l'aide de cultures ;

5° Le cathétérisme ne doit pas être négligé. J'ai l'habitude de le pratiquer avec ma sonde dilatatrice. J'ai observé très fréquemment qu'alors que le passage d'un cathéter mince ne donnait issue à aucun liquide contenu dans la cavité du corps utérin, l'introduction de la sonde dilatatrice, en ouvrant largement l'orifice interne et en redressant l'axe utérin habituellement infléchi, permettait l'écoulement d'un liquide abondant, brunâtre, chocolaté, parfois crémeux, dans lequel se rencontrent souvent des variétés nombreuses d'organismes. Ces organismes ne sont pas toujours pathogènes ; chez les femmes n'ayant pas présenté de signes d'infection, ils s'en rencontre rarement de tels. Chez les infectées, les organismes pathogènes se rencontrent au contraire constamment dans le liquide de la cavité du corps ainsi que dans les sécrétions du col. C'est le streptocoque, les staphylocoques variés, le coli-bacille, très rarement le gonocoque, que nos recherches nous ont révélés jusqu'ici.

Je puis ajouter qu'un traitement bien conduit assainit le milieu utérin en très peu de temps. Les malades, revues au bout de quinze

jours ou trois semaines, ne présentent plus rien de vivant ou presque rien dans leurs sécrétions.

Je dois dire maintenant ce qu'est le traitement prolongé. Bien entendu, le traitement immédiat a été constitué dès l'apparition des accidents.

Pour les malades, réellement infectées, le séjour au lit, des douches vaginales chaudes et prolongées, la révulsion vaginale à l'aide de la teinture d'iode, ce que j'appelle familièrement le *vésicatoire vaginal.*

La thérapeutique intra-utérine : lavages au sublimé, les embrocations douces à la glycérine créosotée. Le drainage de la cavité utérine avec une mince lanière de gaze iodoformée permettant l'écoulement du contenu utérin. Chez des femmes à utérus très antéfléchi l'emploi d'un drain rigide de caoutchouc est préférable, car j'ai vu parfois le drainage à la gaze empêcher, dans ces cas, l'écoulement des liquides utérins, et on est étonné de voir un mouvement fébrile persister malgré ce drainage désinfectant.

Comme il existe de la subinvolution presque toujours dans ces cas, et que le tissu utérin flasque, presque incontractile, reste engorgé et ne tend point à se débarrasser des fluides infectants que l'organe renferme, je fais administrer chaque jour deux à trois injections hypodermiques de 0,50 centig. d'ergotine Yvon. L'effet en est généralement excellent et se manifeste avec rapidité. Ce traitement par l'ergotine doit être continué tant que la réduction du volume de l'utérus n'est pas entièrement effectuée.

Enfin, en cas de traumatismes cervicaux, d'ectropion végétant, les pansements avec de la glycérine créosotée forte à 1/5 et le saupoudrage avec l'iodoforme constituent le traitement.

Les lésions d'annexite franche sont rares. Je n'ai pas eu à en observer depuis longtemps.

Les lésions de paramétrite juxta-cervicale, au niveau d'une lacération un peu profonde du col, avec processus phlegmoneux limité dans l'angle interne et inférieur du ligament large, sont relativement plus fréquents. Je n'institue pas, pour cette lésion, de traitement particulier, en dehors des badigeonnages iodés vaginaux et des injections chaudes. La résolution en est souvent rapide.

Enfin, j'use d'une façon générale chez toutes ces femmes d'injections hypodermiques de sérum artificiel comme agent stimulant et tonique ; à la dose de 100 à 200 c. c. par jour.

***

J'arrive maintenant au *traitement policlinique*, c'est-à-dire celui qui doit et peut être continué à la consultation de la maternité.

Au moment de la sortie, si l'examen révèle une lésion du coectropion ou déchirure mal cicatrisée, des sécrétions abondantes, du mucus épais, jaunâtre contenant quelques saprophytes et parfois des pathogènes atténués ; si l'involution est régulière et le reste normal, on se contente de précautions fort simples :

Le col est débarrassé de ses mucosités, très minutieusement; la cavité utérine est lavée abondamment, des pansements sont faits sur la muqueuse malade et les surfaces cruentées, et enfin, un drainage cervico-vaginal est pratiqué. La femme revient se faire panser tous les trois jours à la consultation.

J'aurai à revenir sous peu sur les observations spéciales que j'ai faites jusqu'ici, quant à l'involution. C'est grâce à ces examens successifs et répétés que j'ai pu confirmer cette idée déjà connue que l'involution utérine est rarement complète, dans ses phénomènes macroscopiques, avant le 25e jour.

J'aurai enfin à parler du traitement spécial du prolapsus, de la colpocèle et de la rétro-déviation. Je me bornerai à indiquer l'usage du pessaire de Hodge pour cette dernière affection.

Quant au prolapsus et à la colpocèle, les tamponnements répétés et prolongés plusieurs semaines donnent déjà de très bons résultats.

Je me limite à ces indications générales pour ne pas prolonger cette note qui confirme et complète mes observations antérieures.

Je pense qu'il en découle cette conclusion générale que le traitement prolongé, basé sur les données fournies par la gynécologie, constitue une sauvegarde très efficace de toutes les accouchées exposées, par des lésions insuffisamment guéries, à des complications souvent très graves. (*Société obstétricale et gynécologique de Paris.*)

L'EXPLORATION EXTERNE ET LE TOUCHER EN OBSTÉTRIQUE.

Il y a longtemps que les Allemands insistent pour substituer l'exploration abdominale au toucher vaginal pour le diagnostic de la grossesse. Ils prétendent même qu'on peut assister une femme pendant ses couches sans pratiquer le toucher. Kronig avait même proposé, il y a quelques années, de remplacer l'exploration vaginale par le toucher rectal pour éviter l'infection.

C'était aller un peu loin. Le toucher rectal constituant en lui-même une source d'infection autrement grave que le toucher vaginal pratiqué avec les précautions antiseptiques habituelles.

Cette question a été très bien résumée par M. Schwab, dans la *Presse médicale* du 6 avril dernier.

C'est Crédé, dit M. Schwab, qui le premier a insisté sur l'utilité qu'il y aurait à restreindre le plus possible les examens internes. Crédé, en effet, disait : « Il faut proscrire, ou, tout au moins, réduire au minimum les explorations internes chez les parturientes. On peut très bien suppléer à cette réduction, à cette suppression même de l'exploration interne, par l'exploration externe. »

Depuis Crédé, Hegar, Müller, Werth, mais surtout Léopold, ont restreint de plus en plus le domaine du toucher vaginal, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, en accusant ce toucher d'être la cause la plus fréquente de l'infection puerpérale. Suivant Léopold, l'exploration externe suffit à faire le diagnostic et le pronostic pendant la grossesse et l'accouchement.

L'exploration externe, qui comprend l'examen de tout le corps, en particulier des organes génitaux externes, la percussion, la palpation et l'auscultation de l'abdomen, de la matrice et de son contenu, enfin la mensuration du bassin, doit être employée systématiquement, aussi bien pendant l'accouchement que pendant la grossesse. Le toucher vaginal, en effet, est susceptible d'infecter la femme ; il est inutile, nuisible même quand l'exploration externe donne les renseignements attendus ; la désinfection parfaite des mains est toujours laborieuse ; la désinfection rapide surtout est presque impossible.

Le palper abdominal combiné à l'auscultation et à la mensuration externe du bassin, peut donner des renseignements précis sur l'état et la marche de l'accouchement et permet de reconnaître si les conditions de l'accouchement sont normales ou pathologiques. Le palper permet de dire, avec un peu d'habitude, si la présentation est engagée ou non, et quel est le degré de l'engagement. Et Léopold émet cette première proposition :

« Il faut enseigner aux élèves sages-femmes, aux étudiants et médecins, non seulement l'examen interne des femmes enceintes et des parturientes, mais aussi l'exploration externe bien systématisée, méthodique ; et cette dernière, d'une manière assez approfondie pour qu'ils soient capables, en cas de nécessité, de diriger les accouchements *normaux* avec le seul secours de l'exploration externe. » Mais il ajoute : « L'exploration interne ne doit être négligée ni dans l'enseignement, ni dans la pratique. Il ne faut pas non plus systématiquement la supprimer dans l'accouchement normal. Mais l'exploration doit être restreinte le plus possible, de façon à faire cesser ces examens internes si fréquents, non méthodiques avec leurs dangers. »

Quand il s'agit d'un accouchement anormal, pathologique, au contraire, il faut combiner les méthodes d'examen externe et interne.

Il faudra ainsi joindre le toucher au palper abdominal en cas de bassin vicié, d'éclampsie, de présentation vicieuse, de procidence

d'une condition anormale des annexes de l'œuf, membranes, placenta, etc. D'où cette deuxième proposition :

« Dans toute grossesse, dans tout accouchement s'écartant des conditions normales, il faut procéder aussi bien à l'exploration externe qu'à l'interne. A défaut de quoi, celui qui dirige l'accouchement risquerait de méconnaître des particularités multiples, desquelles il doit pourtant déduire les indications et le moment propice pour telle ou telle intervention. »

D'ailleurs, l'exploration externe bien faite, n'a jamais causé aucun accident ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement. Il faut donc restreindre le plus possible l'exploration interne dans les cas normaux.

Tels sont les sages conseils que donne Léopold : essayer de se passer du toucher vaginal, le plus possible, dans les cas reconnus normaux par l'exploration externe ; le pratiquer méthodiquement, sobrement et proprement, pouvons-nous dire, dès qu'on a reconnu la moindre anomalie du côté de la mère ou du fœtus, soit pendant la grossesse, soit surtout pendant le travail.

Dans une thèse récente (1897), fort bien faite, M. Baumgarten, comparant les deux modes d'investigation, l'exploration externe et le toucher vaginal, avait conclu de façon presque identique.

M. Baumgarten montre, en effet, qu'il est illogique, inutile et dangereux de supprimer complètement le toucher vaginal, pendant la grossesse et l'accouchement, pour le remplacer par la seule exploration externe. Le palper est insuffisant dans un grand nombre de cas, surtout dans les cas anormaux, pathologiques, pour asseoir un diagnostic sûr ou poser des indications opératoires. Le toucher vaginal offre de grands avantages, à condition que l'on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques usitées.

L'auteur montre, statistiques en main, que le toucher vaginal bien fait n'infecte pas. « Les statistiques de mortalité et de morbidité dans les maternités où il est pratiqué couramment mais proprement, comparées à celles des accoucheurs qui repoussent le toucher vaginal, en sont la meilleure preuve. »

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Thermométrie génitale.

Mes compagnes de sexe peuvent, au point de vue de l'amour, être divisées en quatre catégories : les *ardentes*, les *modérées*, les *indifférentes*, et enfin une dernière pour laquelle je ne trouve pas de nom, celle pour qui la communion génitale est une corvée; si vous voulez, nous les appellerons les *Anarchistes de l'amour*.

Laissons de côté pour l'instant cette dernière classe, sorte de rebut de la nature et parlons des ardentes, — des modérées, — et des indifférentes.

***

Il est une question que femmes nous adorons poser aux hommes, quand surtout nous les entendons parler d'ardeur, de feu, de fougue, de prouesses. Et moi, suis-je..... mieux que modérée?

Pour être polie, aimable, la réponse est naturellement exagérée. Les hommes, toujours flatteurs, connaissent si bien nos faiblesses.

Une indifférente se définit facilement. Pour elle, pas de fête conjugale. Avant, pendant ou après, peu lui importe. Elle est comme les sourds, que la pluie seule avertit de la présence de l'orage.

Mais, quand cesse la modération, et quand commence l'ardeur, voici la limite difficile à établir.

L'ardente est-elle celle qui exige la quantité, ou mieux la qualité, peut-être les deux réunies? Celle qui, ne se contentant pas des devoirs hebdomadaires ou bi-hebdomadaires de son aimable conjoint, en veut de quotidiens et même de quotidiens répétés.

L'ardente est encore celle qu'un mari dans la force de l'âge, et dans toute l'aptitude de ses facultés, ne peut arriver à satisfaire.

Rentrent par conséquent, dans cette catégorie, toutes les femmes qui, par nécessité et par besoin, trompent leur mari; il n'est ici question que des maris suffisants.

Mais, allez-vous me dire, les femmes ardentes sont alors légion, si parmi elles vous rangez les inconstantes.

Distinguons: Je ne parle ici que des femmes qui, ayant un mari véritablement mâle, lui sont infidèles par besoin physique. Il faut retrancher tous les autres maris — on les dit malheureusement nombreux — et éliminer aussi les cas où la femme est volage par toute autre raison que celui du besoin physique, par vanité, par exemple, ou encore par nécessité budgétaire.

Procédez à ce triage et vous verrez que les ardentes ne sont pas si nombreuses qu'on veut bien le dire.

Les modérées constituent le gros bataillon, qui va des ardentes, aux indifférentes.

***

La Nature, dans sa suprême sagesse, a voulu, afin qu'on les distinguât plus facilement, que les femmes ne fussent pas de même couleur. Aussi existe-t-il des blondes, des brunes et des rousses.

Mais a-t-elle voulu qu'il y ait une différence entre elles au point de vue génital ?

On a longtemps discuté sur ce point.

Les uns plaident pour les brunes, les autres pour les blondes. On est en général d'accord pour regarder les rousses comme des déshéritées.

Discutez, Messieurs, c'est tout en vain. La couleur ne fait rien aux appétits sexuels. Telle blonde rendra des points à cette brune. Je

connais une rousse, qui a la réputation d'être génitale de premier ordre.

***

On a également discuté sur la taille.

Oh ! les grandes femmes, de véritables statues, froides comme le marbre. Parlez-moi des petites femmes, elles sont vives, alertes, affairées en amour, comme en toute occupation.

Encore une illusion masculine. La taille ne fait rien à la chose.

Parmi les femmes grandes, comme parmi les petites, il en est d indifférentes et de passionnées.

***

Les hommes coureurs de bonnes fortunes, et qui ne sont heureux que lorsque le nombre de leurs conquêtes passagères atteint un nombre respectable, ont encore cherché d'autres points de comparaison entre les femmes.

La génitalité, a-t-on dit, varie avec le caractère.

La douceur de caractère révèle une certaine apathie sexuelle. Si vous désirez une femme franchement et follement génitale, cherchez-la parmi les irascibles.

C'est encore une erreur !

***

Pour juger une femme, il est enfin une circonstance dont on n'a pas assez tenu compte : c'est le temps nécessaire à un homme pour pouvoir connaître et apprécier sa compagne sexuelle.

Ce n'est pas un ou deux mois qui sont nécessaires pour établir ce jugement, mais bien des années.

Il est des femmes qui se marient à 18 ans, n'atteignent leur épanouissement génital qu'à 25 ans, et parfois même plus tard. Comparez cette même femme à 18 et à 30 ans, elle sera totalement différente.

Pour ces différentes raisons, je crois qu'il est prudent, si on ne veut se tromper, de n'établir aucun rapport avec les aptitudes génitales et la taille, le teint, le caractère, etc., ce sont questions trop complexes, où trop d'éléments entrent en jeu, pour permettre une solution à la légère.

***

Pour bien juger une femme, il faudrait aussi l'abandonner à elle-même et non l'exciter et la mettre dans cet état particulier, où l'homme se plait à la voir, car il la sent moins maîtresse d'elle-même, moins apte à résister.

La femme est en général assez facilement excitable.

La source d'excitation la plus vive est le contact de l'homme aimé.

Sentir près de soi cet être avec lequel on voudrait se confondre, l'avoir complètement, l'absorber, l'accaparer jusqu'aux dernières limites humaines, le boire, le humer, opérer la fusion aussi complète que la nature le permet, tel est le rêve des rêves, l'idéal des idéals.

On entrevoit facilement ce que devient ce contact progressif qui commence par les yeux, continue par la main, les lèvres et bientôt par tout le corps, dans ses retraites les plus inaccessibles.

Maris qui tenez à passer une nuit tranquille, ne laissez pas danser vos femmes, et surtout ne les laissez pas valser. Est-il, en effet, une danse plus lascive, plus voluptueuse, que l'enchanteresse valse. Autant le quadrille est stupide, autant la polka est pénible, autant l'ondulation cadencée qu'un bon valseur sait imprimer à sa compagne est agréable. Le contact du corps est étendu, il se propage jusqu'aux régions les plus intimes. A travers les vêtements, barrière insuffisante contre le contact, il y a un échange de sensations d'abord émoussées, puis de plus en plus vives. Le charme de la valse peu entraîner terriblement loin ceux qui s'y abandonnent.

A côté de la danse, je placerai l'équitation. J'ai vu autrefois à la campagne de vigoureuses et honnêtes paysannes, chevaucher à califourchon. J'ignore la sensation que peut éprouver la femme dans cette position par trop masculine; j'ignore également l'influence génitale du cheval sur l'homme. Pour la femme qui monte à l'anglaise, l'appareil génital ne reste pas indifférent à cet exercice. Monter un cheval doux, à l'allure agréable, par une belle matinée de printemps, alors surtout que l'abstinence a aiguisé l'appétit, est une des sources d'excitation les plus vives. L'influence n'est pas seulement générale, mais aussi locale. L'exercice de la selle, à certains moments est plus qu'un excitant, il réalise les conditions nécessaires pour satisfaire notre désir. C'est là, il est vrai une circonstance exceptionnelle qui ne se produira que chez certaines femmes et à certains moments, mais l'existence ne peut en être niée.

Je parlais à l'instant, d'une belle matinée de printemps. Les premiers bourgeons, arrosés par un chaud soleil, sont en effet un puissant aphrodisiaque. Michelet a été fort bien inspiré en écrivant la phrase suivante : « L'amour, la génération est plus recherchée par l'homme dans les fêtes de l'hiver et dans les banquets qui les suivent ; par la femme au temps des fleurs, sous les influences plus pures de la nature rajeunie du soleil et du printemps ».

***

Les aliments n'influent que fort peu sur notre appareil génital, et à cet égard il y a un abîme entre les hommes et nous. L'amoureux, être actif par excellence, sait parfaitement lorsque les incertitudes de l'âge commencent, par un dîner savamment combiné, se préparer plusieurs victoires nocturnes. Les mets épicés, les truffes, ce fruit divin de l'Eldorado périgourdin, des condiments variés, plus quelques verres d'un vin dénommé à tort capiteux car ce n'est pas sur la tête qu'il doit agir, voilà la carte indispensable, qui du repas vespéral conduira aux repas nocturnes. L'estomac est l'ami de l'homme, qui d'ailleurs, reconnaissant les services qu'il lui rend, le comble de prévenances.

La femme n'a pas besoin de lui et le traite plus cavalièrement.

***

Je vous ai parlé de la danse et de l'équitation ; toutefois, pour les femmes imaginatives, il est deux meilleurs avocats : La poésie et la musique.

Quelques vers d'un poète lascif, quelque roman vaporeux où deux amoureux emportés dans un nuage d'amour goûtent toutes les félicités possibles, désarment la femme et la livrent au premier venu qui aura le don d'arriver au bon moment, à ce moment où les lèvres se tendant vers un être imaginaire que forge le rêve, accepteront avec un ravissant étonnement celui que le hasard envoie si à propos.

La musique, plus vague, plus ondulante que la poésie, agit aussi avec force sur l'organisme féminin. Nous ne savons peut-être pas aussi bien que l'homme analyser la mélodie, mais nous nous laissons davantage captiver par elle. Le charme masculin est peut-être plus étudié, mûri, scientifique, le nôtre est plus inconscient, mais enlace davantage tout notre être. L'homme tout en savourant la musique, la dominera ; nous nous serons dominés par elle, sous son charme, nous serons livrées pieds et poings liés à notre idéal, et si par accident cet idéal devient réalité, nous deviendrons sa proie et nous ne songerons pas à lui résister.

Maris trop confiants ne laissez jamais votre femme pianoter à quatre mains, avec quelqu'un qui peut devenir votre rival. Sinon la mélodie vous fera oublier et bientôt remplacer par celui dont les doigts frappant le clavier procurent l'extase, et que l'occasion fera larron.

***

L'odorat a dans l'esprit humain un rôle presque aussi important que l'oreille dans ce qui touche à l'amour. Les femmes ne l'ignorent pas, aussi l'art des parfums a-t-il atteint chez elles un haut degré de perfection. Pour certains hommes il n'est paraît-il, pas de plus puissant excitant qu'un parfum discret, ayant pour véhicule une femme gentille. L'odeur y est pour beaucoup, puisque l'effet peut également se produire dans l'obscurité. A cet égard, encore, nous différons d'une façon très marquée des hommes : un homme ne nous plaira pas davantage quand il sera parfumé, souvent même il nous produira l'impression contraire. Ce qui nous plaît dans un homme qui exhale timidement une odeur agréable, ce n'est pas l'odeur elle-même, mais c'est le soin intime que peut dénoter cette exhalation.

Le siècle actuel a lancé la femme dans une voie déplorable. Depuis quelques années, notre sexe s'occupe de science, de mathématique, physique, chimie, histoire naturelle, voire même de médecine.

C'est là une fâcheuse tendance au point de vue génital. Tout travail cérébral refroidit l'ardeur sexuelle. Le sang qui afflue au cerveau abandonne nos régions génitales. Toute femme qui s'occupe sérieusement de médecine, de politique ou d'une science quelconque est perdue pour l'amour.

Législateurs, ne l'oubliez pas, il y a là un danger fort sérieux :
Ceci tuera cela.
Et si vous tuez l'amour, vous tuerez l'humanité !

***

Mais me voici loin de mon point de départ ; je viens de passer en revue les divers excitants qui peuvent momentanément modifier une femme, et vicier l'appréciation qu'on peut émettre à son égard.

Si vous voulez juger une femme, abandonnez-la à elle-même, éloignez tout artifice, vous arriverez ainsi à la mieux connaître et à savoir, pour en revenir à notre classification de début, à quelle classe elle appartient, à celle des ardentes, des modérées, des indifférentes, ou encore des anarchistes de l'amour.

Toutes les considérations qui précèdent nous laissent entrevoir combien est complexe cette question du tempérament féminin.

La *thermométrie génitale* n'est pas aussi facile que la thermométrie médicale, et les cliniciens de l'amour ont encore beaucoup de progrès à réaliser pour établir à cet égard un diagnostic sûr.

Un bon thermomètre génital reste encore à trouver ; je propose un prix pour l'inventeur qui réalisera cette importante découverte.

LUCINE.

FAITS DIVERS

Fécondité.— Les prostituées ne passent pas en général pour des modèles de fécondité. Elles ont cependant des enfants, mais la vérité est que leurs enfants ne vivent pas. La syphilis, si fréquente chez les prostituées, peut expliquer en grande partie cette mortalité infantile. Mais d'autres causes, surtout hygiéniques, viennent s'ajouter à celle-là, car, d'après la statistique publiée par Werner dans la *Monatschrift für Dermatologie*, cette mortalité est presque aussi forte chez les non syphilitiques que chez les syphilitiques.

Les observations de Werner ont été faites à l'hôpital de Hambourg. Sur 185 mères, 53 étaient indemnes de tout antécédent syphilitique, 132 étaient atteintes de la syphilis à ses différentes périodes.

Ces 185 mères ont eu 243 enfants, dont 25 ont échappé à l'observation. Restent 218 enfants, dont 135 sont morts dans les douze premiers mois, soit une mortalité de 62 pour 100.

Les mères non syphilitiques ont eu 56 enfants, sur lesquels 29 succombèrent dans la première année, soit 57 %.

Des 167 enfants dont les mères étaient syphilitiques, 106 moururent dans les mêmes conditions, soit 73,5%.

Sur ces 167 enfants de mères syphilitiques, 90 restèrent indemnes de syphilis héréditaire ; il en mourut 45, soit 61 % ; 77 présentèrent des signes d'hérédo-syphilis, 60 moururent, soit 78 %.

On sait que la syphilis n'est pas seule responsable, et que l'incurie et le manque de soins jouent probablement un rôle aussi et peut-être plus important. (*Médecine moderne.*)

École externe de sages-femmes. — Un arrêté du directeur de l'Assistance publique, approuvé par le préfet de la Seine, décide le rattachement au service d'accouchements de l'hôpital Beaujon, de l'Ecole externe de sages-femmes de la Faculté de médecine, qui était annexée jusqu'ici à la Clinique de la rue d'Assas.

L'éducation professionnelle, que recevaient jusqu'ici les élèves sages-femmes externes, laissait beaucoup à désirer : de service deux ou trois fois seulement par semaine dans l'après-midi, et exclues des cliniques et des visites du matin, dont bénéficiaient seuls les étudiants en médecine, elles ne pouvaient s'initier que difficilement à la pratique de leur art. Avec

l'organisation nouvelle, elles pourront suivre tous les matins les visites et leçons qui s'adresseront exclusivement à elles, les élèves hommes n'y étant pas admis. C'est, en somme, un enseignement nouveau comparable en tous points à celui de la Maternité, l'internat en moins.

Le détail de cette organisation sera réglé par le doyen de la Faculté de médecine et le recteur de l'Université de Paris.

Congrès de pédiatrie et de gynécologie. — Le Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie dont la première session a eu lieu à Bordeaux en 1895, tiendra ses secondes assises à Marseille du 8 au 15 octobre 1898 sous la présidence de MM. Pinard pour l'obstérique, Pozzi pour la gynécologie et Broca pour la pédiatrie. Le titre des questions doit être adressé au secrétaire général, M. le docteur Queirel (20, rue Grignan, Marseille), avant le 1er août 1898. — Prix de la cotisation : 20 francs.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort, à 57 ans, du docteur Joseph O'Dwyer, le célèbre médecin de New-York, qui, s'emparant de l'idée de Bouchut, avait su réaliser pratiquement le tubage du larynx. La découverte du docteur O'Dwyer a rendu d'immenses services, et sa mort met en deuil la Pédiatrie.

Les instruments de nécessité en obstétrique. — Au moment où vient de se juger le procès de notre confrère le Dr Laporte, auquel on a reproché si durement et si injustement de s'être servi d'instruments de fortune, il n'est pas sans intérêt de citer un nouvel exemple de la nécessité où s'est trouvé un accoucheur de recourir... à son couteau de poche.

A la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes M. Jouon a communiqué le fait suivant.

Récemment un confrère, M. Cornudet, était appelé auprès d'une femme en travail. Une hydrocéphalie rendait l'accouchement impossible. M. Cornudet utilisa le seul instrument à sa disposition, son couteau de poche. Après évacuation du liquide, l'accouchement se fit rapidement.

Huit enfants en six ans, à l'âge de 18 ans. — M. le Dr Woods, surintendant du service des pauvres de Saint-Louis, aux Etats-Unis, recevait naguère la visite d'une jeune négresse nommée Pearly Bradford, qui venait lui demander des secours pour elle et ses enfants, sur le point de mourir de faim. M. Woods fit causer cette jeune personne et voici ce qu'elle lui raconta. Née à la Nouvelle-Orléans il y aura dix-huit ans au mois de novembre prochain. Pearly Bradford s'était mariée en cette ville à 12 ans ; elle avait déjà eu huit enfants, quatre fois deux jumeaux et elle était encore sur le point d'être mère. Cinq de ses enfants étaient morts, mais les trois survivants étaient pleins de santé. Son mari n'ayant pas de travail, était allé en chercher dans le Sud et elle se trouvait pour le moment dans la plus profonde misère. M. Woods, un peu sceptique à ce récit invraisemblable, crut devoir se renseigner. Tout était exact dans les déclarations de la petite négresse.

Gaîtés de la médecine. — D'après le *Vrach*, *Henriksen* a observé quatre cas de corps étrangers des organes génitaux. Dans l'un, il s'agissait d'une aiguille à tricoter restant une année et demie dans l'urètre, dans l'autre, d'un pessaire si profondément implanté dans le vagin qu'il fallut le couper en morceau pour l'enlever ; dans un troisième, d'une aiguille à suture restée dans le col à la suite d'une opération. Mais le cas le plus curieux est celui d'une femme à laquelle un médecin fit, par ordre d'un mari jaloux, une incision sur le bord de chaque grande lèvre, par laquelle il passa un petit anneau d'or. Quand les plaies guérirent et que les anneaux furent définitivement enchâssés dans les tissus, le mari les rejoignit au moyen d'un cadenas en or, dont lui seul connaissait le secret.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

TRAITEMENT DES MÉTRITES,

Par M. le Dr Paul Reynier (1).
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

C'est à une affiramation de M. Verchère que je désire surtout répondre, car l'admission de ces idées me paraît dangereuse, et conduire à une thérapeutique néfaste, que j'ai combattue dans ma première communication, mais peut-être pas assez explicitement, puisque je n'ai pu arriver à convaincre. Je crois donc utile d'insister de nouveau.

Notre distingué collègue a émis cet axiome clinique: La métrite est une. C'est l'infection qui en est toujours la cause. Et ce point de clinique établi, il arrive à cette conclusion thérapeutique logique, d'après la clinique qu'il admet, *à une affection une, il faut opposer un traitement un*, qui sera le curetage, toujours le curetage.

Ce curetage, d'après M. Verchère, quand il est bien fait, doit toujours donner des bons résultats, et les méfaits que M. Reynier lui attribue, ne sont dus qu'à la mauvaise exécution du curetage.

C'est bien net.

Or je ne peux accepter aucune de ces propositions. Mon ami Verchère, dont je partage sur beaucoup d'autres points la manière de voir, ne m'en voudra pas ici d'être d'un avis absolument opposé.

Pour moi, la métrite n'est pas une.

Il y a des métrites où l'infection est si minime qu'elle est négligeable.

Le curetage, dans certains cas, rend des services merveilleux, et amène rapidement une guérison durable. Mais dans un grand nombre d'autres cas, non seulement il ne guérit pas, mais nuit, et amène des lésions, qui ne se seraient pas développées si on n'y avait pas eu recours.

Ces résultats déplorables, enfin, ne sont pas dus à la mauvaise exécution du curetage ; car on peut démontrer, les faits en main, qu'ils tiennent à la nature des lésions, et que si ces résultats étaient autrement, ils seraient paradoxaux, et on aurait le droit d'en être surpris.

Or ce sont ces idées que je veux défendre aujourd'hui devant vous. Ce n'est pas à la légère que j'entreprends aujourd'hui cette campagne contre le curetage ; voici de longues années que j'amasse les documents, qui vont me servir aujourd'hui, et d'après lesquels j'ai fait ma conviction.

Non, la métrite n'est pas une. Si un grand nombre de métrites relèvent, je le reconnais, de l'infection, toutes n'ont pas cette origine.

Prenez, par exemple, une femme, qui a toujours été bien réglée,

(1) Voir dans les numéros précédents, les mémoires de MM. Verchère, Beurnier, Ozenne, Nitot, Lutaud, Boisseau du Rocher, etc.

n'a jamais eu de pertes d'aucune sorte, aucune douleur. Elle a un jour un arrêt de règles ; pendant deux mois elle cesse de voir ; un beau jour ses règles reviennent ; elle à une perte abondante avec caillot. Cette perte s'arrête. Mais depuis elle ne cesse de perdre ; elle n'est plus réglée régulièrement ; et elle vient au bout de trois, quatre mois, ennuyée d'être toujours dans le sang, comme elle le dit, nous consulter.

L'examen au spéculum, montre un col violacé, mais non ulcéré ; par l'organe s'écoulent des glaires sanguinolentes, ou du sang.

Le toucher montre un utérus gros, peu douloureux, très mobile.

Vous proposez et faites un curetage. Il ramène des débris placentaires, quelques fongosités.

Immédiatement les hémorrhagies s'arrêtent, la mèche intra-utérine est retirée le deuxième jour. A partir de ce moment, les pansements sont pour ainsi dire intacts. La malade se lève le 26e jour. Le col est normal. Rien ne s'écoule par son organe. Vous n'avez eu à aucun moment aucune suppuration, aucun phénomène douloureux ou fébrile. Le curetage a été une opération merveilleuse, dans ses effets, comme dans ses suites.

Comparez cette malade avec la femme qui arrive perdant irrégulièrement, ayant des métrorrhagies quelquefois profuses, mais ayant un écoulement muco-purulent, indice d'une infection blennorrhagique manifeste. L'utérus est douloureux, quand on le presse.

Curetez cette femme. Les métrorrhagies, comme chez la première, semblent cesser ; mais si vous suivez cette malade, elles reviendront trois ou quatre mois après le curetage.

Lorsque vous retirez la mèche de gaze iodoformée que vous avez mise, comme dans le premier cas, dans l'utérus, après l'opération, cette mèche est souillée de pus. Aux pansements suivants, vous constatez encore des sécrétions muco-purulentes, sortant par le col. Vous devez avoir recours aux crayons antiseptiques, aux lavages intra-utérus longtemps prolongés pour tarir ces sécrétions ; et souvent vous n'y arrivez pas. La femme quitte le service ayant encore un écoulement muco-purulent, qui pourra être le point de départ de nouveaux accidents.

Pouvez-vous, dans ces deux cas, dire que vous avez eu affaire à la même affection, que la métrite est une, en présence de deux femmes affectées de métrites évoluant d'une façon si différente au point de vue étiologique, clinique et thérapeutique.

Evidemment non. Dans le premier cas je n'avais que des lésions en surface de la muqueuse ; les couches profondes n'avaient aucune infection. Il n'en était pas de même dans le second cas.

Vous me direz que c'est à tort que je range parmi les métrites, ces cas où ces débris placentaires sont causes d'hémorrhagies ; que dans ces cas nous avons surtout affaire à des hémorrhagies utérines, plus qu'à des métrites. Vous aurez peut-être raison de faire

cette distinction. Mais dans la nomenclature actuelle, elle n'est pas faite. Et c'est sous la rubrique de métrite hémorrhagique que les malades sont classées dans nos services. Or, je le répète, cette métrite hémorrhagique, sur laquelle le curetage agit si merveilleusement n'est pas une métrite infectée, et doit déjà être distinguée quand on parle des résultats du curetage.

Je passe maintenant aux vraies métrites infectées.Or, voyons ce que le curetage peut faire en pareil cas.

Ces métrites sont elles toutes les mêmes,ne forment-elles qu'une métrite, comme siège anatomique,comme lésion. Il suffit de prendre la métrite la plus connue, la métrite à gonocoques, pour voir que pareille opinion ne peut se soutenir. Même dans les métrites infectées, il y a plusieurs genres de métrites, et par suite plusieurs traitements.

Si nous voyons, en effet, ce qui se passe dans l'infection gonococcique, ne savons-nous pas que chez la femme qui n'a pas eu d'enfant cette infection se localise de préférence dans le col. Le corps peut être pris, mais le nombre de métrites du corps d'origine gonococcienne est inférieur à celui des métrites du col.

Le col est à la femme ce qu'est l'urèthre antérieur à l'homme.

Or, irions-nous sans crainte sonder un homme qui aurait une gonorrhée dans son urèthre antérieur, au risque de contaminer tout son canal uréthral. Oserions-nous le cureter ?

Pourquoi, ce qui nous paraît absurde chez l'homme, nous paraît-il logique chez la femme ?

Pourquoi vois-je tant de médecins, en pareil cas, introduire des laminaires, des hystéromètres, des curettes ?

Les faits justifient-ils cette conduite ?

Hélas ! non.

A la suite de ces introductions, souvent un accès de fièvre vient annoncer que le corps se prend, et que la propagation de l'infection s'est faite par votre faute, quelquefois aux annexes. Le curetage jamais n'est arrivé dans ces cas d'infection gonococcienne à arrêter l'infection. Celle-ci persiste, et si elle guérit, c'est quand on a recours aux sels d'argent en injections, ou en crayons. Les hémorrhagies elles-mêmes qui souvent accompagnent les métrites gonococciennes du corps, ne sont même pas arrêtées par ce curetage. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point, et dans ces derniers temps M. Appert, dans un travail sur la métrite gonococcienne, le faisait encore remarquer.

Le curetage est donc dans ces cas dangereux, et impuissant, il contamine un peu plus, et laisse sur place dans le fond de l'utérus, au voisinage des trompes, une infection. Aussi, rien d'étonnant que quelques mois après le curetage, les femmes reviennent pour se faire opérer de leurs trompes malades.

Cette métrite gonococcienne ne doit-elle pas être,au point de vue

thérapeutique, séparée des autres métrites où l'infection peut jouer encore un rôle ?

Si, d'autre part, nous voyons ce qui se passe dans les infections puerpérales, nous serons encore de plus en plus portés à faire des divisions multiples dans les infections et dans les traitements.

Une femme nous arrive en pleine infection puerpérale ; or, trois cas peuvent se présenter :

1° La femme a eu de forts accès de fièvre ; elle a un écoulement rougeâtre fétide ; les plaies vaginales ont un aspect terne, blafard. Vous curetez cette femme, vous retirez des débris fétides, vous faites un fort lavage oxygéné. Immédiatement la fièvre tombe ; votre malade a été sauvée par le curetage.

2° Une seconde malade présente les mêmes symptômes généraux, mais avec un ou plusieurs grands frissons qui ont marqué le début de la mise en scène. Les plaies vaginales sont sèches. Il s'écoule presque rien de l'utérus, ou un liquide peu abondant, louche. Vous curetez, vous retirez des débris comme dans le premier cas. Mais la fièvre continue, et la malade ou meurt, ou finit, après plusieurs jours de fièvre, par guérir sans que votre curetage soit pour rien dans la guérison. Dans certains cas même on peut se demander s'il n'a pas accéléré l'issue fatale.

3° Enfin, une troisième malade a de la fièvre encore, mais moins forte, avec symptômes généraux moins accusés ; par le col s'écoule un pus épais, qui coule sur les plaies vaginales, sans que celles-ci prennent un vilain aspect. Vous curetez encore dans ce cas. Et votre coup de curette n'arrête pas l'écoulement purulent, qui continue, et finit, à force de lavages, d'injections de sels d'argent, par se tarir !

Pourquoi ces différences entre ces trois genres de malades, qui paraissent avoir une infection unique ? C'est que l'infection microbienne n'est pas la même.

Chez la première nous avons une infection par les saprophytes vaginaux, qui pénètrent peu dans la profondeur, restent en surface.

Le coup de curette, en enlevant les débris dans lesquels ils pullulent, en enlevant les couches superficielles de la muqueuse, les entraîne.

Dans le second cas, nous avons affaire au streptocoque, qui rapidement passe dans le torrent circulatoire, dans les lymphatiques, qui ne gagne la profondeur des tissus, le coup de curette ne peut l'atteindre. Aussi l'infection continue-t-elle, jusqu'à ce que, sous les efforts de la nature, cette infection finisse par s'éteindre d'elle-même.

Reste le troisième cas, dans lequel nous retrouvons le gonocoque, sur lequel ici, comme en dehors de la puerpéralité, le curetage a son effet négatif.

Ce qui se passe dans ces infections puerpérales, où tout est grossi,

nous montre ce qui se passe dans les métrites post-puerpérales où les mêmes agents sont en cause ; où, au lieu d'avoir affaire à une infection aiguë, nous avons affaire à une infection chronique.

La métrite liée au streptocoque, est une métrite où le curetage n'aura que des effets désastreux.

Je redis encore à M. Verchère que je ne vois pas pourquoi, en pareil cas, on applique à l'utérus un traitement qu'on n'appliquerait pas à la peau, si elle était envahie par l'infection streptococcienne.

Vous aurez beau enlever toute la muqueuse, comme il le dit, le microbe est dans les vaisseaux, dans la couche musculaire, et il se rit du coup de curette, même très bien donné.

Vous réussirez, au contraire, dans les infections par les saprophytes, qui restent surtout à la surface, et qui ne pénètrent pas dans la profondeur. Mais l'éponge préparée, les pansements antiseptiques, les lavages, les vapeurs de brome, en face d'une infection si superficielle réussiront également, et on n'aura pas la crainte, en curetant trop, en cautérisant après trop fortement, de dépasser le but, et de remplacer la métrite par une aménorrhée, qui deviendra, pour un certain nombre de malades, la cause de troubles nerveux graves.

Je signale, en passant, cette conséquence de certains curetages, suivis de cautérisations, conséquence malheureuse, sur laquelle on n'a pas encore assez insisté.

Je termine, Messieurs, ici toutes ces considérations cliniques. Tous ces faits doivent vous montrer combien la conception d'une affection unique est inacceptable.

La métrite n'est pas une. C'est un protée dont on doit connaître chaque forme, car à chaque forme doit correspondre un traitement rationnel, et non un traitement unique, pour lequel quelques succès plaident, mais contre lequel s'élèvent de nombreux insuccès, et de nombreux méfaits.

La multiplicité des salpingites, qui succèdent au curetage, sont là pour le prouver.

Je conclus donc en disant que le curetage qui, dans quelques cas bien déterminés, peut rendre des services, doit être, dans un grand nombre d'autres cas, considéré comme un traitement dangereux, auquel on ne doit avoir recours qu'en connaissance de cause.

UN CAS D'UTÉRUS BIPARTITUS AYANT DONNÉ L'ILLUSION D'UNE PERFORATION, AU COURS D'UN CURETTAGE,

Par M. R. Blondel.

Les cas d'utérus bipartitus ne figurent guère dans la littérature médicale qu'à titre de trouvailles d'autopsies ou de laparotomies : cliniquement, ils ont surtout été envisagés jusqu'ici au point de

vue du développement de l'œuf ou du siège d'implantation des myomes. Les observations dans lesquelles la bifidité de l'utérus a pu être constatée au cours d'une métrite sont des plus rares : elles portent plutôt, en général, sur des cas de bipartition complète du canal utéro-vaginal, dans lesquels, à côté d'un vagin d'apparence normale, existait un trajet fistuleux non soupçonné, représentant le second vagin, et dont la présence ne se révéla qu'à l'occasion d'une infection qui en fit le siège d'une inflammation secondaire et distincte.

L'observation qui va suivre m'a mis en présence d'un cas où l'anomalie anatomique était plus difficile encore à prévoir, en même temps qu'elle m'entraînait vers une fausse interprétation, contre laquelle il sera bon, à l'avenir, de se mettre en garde.

Mme X... se présente le 10 avril 1897 à ma clinique, se plaignant de douleurs de ventre, de règles trop abondantes et de pertes vaginales purulentes.

Elle est âgée de 25 ans, mariée depuis deux ans, et n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse couche.

Réglée à 13 ans, elle a toujours eu jusqu'à son mariage des époques assez régulières, modérément abondantes, un peu douloureuses, avec phénomènes congestifs et névralgiques assez marqués. Leucorrhée presque permanente.

Les troubles dont elle se plaint ont débuté quelques mois après son mariage et se sont déroulés selon le type classique de l'endométrite blennorrhagique subaiguë. Elle a souffert modérément dans les flancs et le retentissement péritonéal paraît avoir été minime, puisqu'elle ne s'est jamais couchée. Ce qui l'inquiète aujourd'hui, c'est l'abondance croissante de ses règles et ses pertes purulentes. Elle a eu, au début, de la pollakiurie avec brûlures à la miction, aujourd'hui disparues.

A l'examen, je trouve les signes habituels de l'endométrite et un empâtement peu marqué du cul-de-sac latéral droit, L'hystéromètre révèle une cavité utérine un peu agrandie : l'orifice interne est élargi, et l'instrument le franchit aisément. La curette exploratrice, introduite à son tour, ramène des raclures épaisses, blanches, fongueuses.

La malade, qui est une pauvre femme de ménage, ne pouvant se prêter à un traitement un peu prolongé, accepte le curettage que je lui propose.

Celui-ci est pratiqué le 15 avril, après dilatation extemporanée aux bougies, l'emploi des laminaires préalables n'étant pas possible, puisque la malade ne pouvait interrompre son travail.

Le curettage ne présenta rien d'anormal, jusqu'au moment où, fouillant la corne droite avec la petite curette longue, en boucle, de Doléris, pour détacher les fongosités accumulées devant le débouché de la trompe, je sentis la paroi céder et l'instrument poussé cependant avec la douceur voulue, pénétrer sans difficulté sur une profondeur qui me parut être d'environ deux ou trois centimètres. Le ressaut de la curette avait été tellement brusque que je ne doutai pas un seul instant que je n'eusse provoqué une perforation utérine. Par prudence, j'arrêtai là l'emploi de la curette, et fis passer aussitôt dans l'utérus, avec la sonde à double courant, sous une pression presque nulle, un litre d'eau bouillie salée à 46°, espérant exciter ainsi la contractilité de l'organe.

La malade fut gardée à la clinique et tenue en observation minutieuse : tout fut disposé pour pratiquer l'hystérectomie à la moindre alerte.

En réalité, la malade n'eut pas même de vomissements chloroformiques et se rétablit avec une telle absence de symptômes alarmants d'aucune sorte, que je la fis lever au bout de huit jours et retourner chez elle.

Pendant quelque temps, son état parut excellent ; mais cinq mois après, les pertes vaginales reparaissaient et en novembre ses règles revenaient avec une telle abondance qu'il fallut à nouveau intervenir.

Je jugeai, au cas où une perforation aurait été produite en avril, que la réparation devait être assez complète pour pouvoir introduire la curette à nouveau dans l'utérus sans risquer d'y rencontrer de point faible.

Le 12 novembre, je fis un nouveau curettage, lent, minutieux, en redoublant de circonspection, bien entendu, quand j'arrivai dans la corne droite.

Tout comme la première fois, ma curette rencontra sur le côté de l'organe, au-dessous de l'angle tubaire, un trou dans lequel elle pénétra sans coup férir pour butter bientôt contre un obstacle qui l'arrêta.

Je songeai aussitôt à la possibilité de l'existence d'un diverticule utérin correspondant soit à une perforation latérale conduisant dans le ligament large, soit à la corne atrophiée d'un utérus bipartitus.

Je plaçai une laminaire dans l'utérus et le lendemain je la remplaçai par une éponge volumineuse. Le troisième jour, je pouvais introduire l'index dans la cavité de l'organe. Je pus constater alors l'existence, sur le côté droit de l'utérus, d'une

sorte de bride ou plutôt d'arête dirigée d'avant en arrière, accolée à la paroi, et sous laquelle je pus glisser un hystéromètre qui s'enfonça aisément jusqu'à 3 centimètres de profondeur pour s'arrêter sur une paroi résistante. Je remplaçai cet hystéromètre par une laminaire de même taille. Mais je ne parvins à obtenir qu'une dilatation relativement faible, et n'insistai pas outre mesure, ignorant l'épaisseur de la paroi de ce diverticule. Je pus néanmoins y glisser la curette et ramenai de sa cavité des fragments de muqueuse blancs et plus minces que ceux que donnait le raclage de la grande cavité : j'aurais vivement désiré en faire l'examen, malheureusement ils n'avaient pas été conservés.

L'éclairage de la cavité utérine, pratiqué avec le spéculum intra-utérin et la lampe électrique que j'ai fait construire par M. Gaiffe, montra l'existence de l'orifice de la corne sous forme d'une fente allongée peu visible et que, sûrement, on n'aurait pas découvert si l'on n'avait été prévenu ou si l'on n'avait eu d'autre procédé d'examen à sa disposition.

La malade se rétablit rapidement et fut définitivement guérie de ses métrorrhagies et de ses pertes purulentes.

La rareté de l'utérus bipartitus fait que cette simple observation ne saurait avoir une portée bien générale. Il m'a paru intéressant néanmoins de la signaler. Il est à peu près impossible, comme je l'ai dit, de prévoir l'existence d'une semblable disposition : ce n'est donc qu'à l'occasion d'un faux accident semblable à celui qui m'est arrivé que l'on pourra être amené à la constater. Je ne parle pas, bien entendu, de l'utérus légèrement bifurqué, à cornes un peu profondes, que l'on rencontre quelquefois et qui ne présente aucun embarras. J'ai en vue l'*utérus bipartitus* dont une des cornes est développée comme une cavité utérine normale et dont l'autre n'est plus représentée que par un trajet borgne prenant naissance sur le côté, au-dessous de l'angle utérin correspondant, disposition qui crée un accès plus difficile à la trompe de ce côté et une chance de perpétuation de l'inflammation utérine,— quand elle existe, — si l'on ne prend soin de désinfecter cette région. Celle-ci peut constituer, en effet, un dernier refuge pour l'infection, comme le cul-de-sac de l'hypospadias dans la blennorrhagie uréthrale de l'homme. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

DEUX CAS DE SYPHILOME DES OVAIRES. HÉMORRAGIES INCOERCIBLES N'AYANT CÉDÉ, DANS L'UN DES CAS, QU'AU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE,

Par M. Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare.

Le plus souvent la syphilis, dans ses périodes secondaire et tertiaire, n'exerce aucune action défavorable sur les fonctions menstruelles. En général, la menstruation continue de s'accomplir régulièrement, surtout s'il s'agit d'une syphilis à forme légère, et c'est exceptionnellement que l'on observe quelques retards et quelques irrégularités qui ne se renouvellent que peu de fois.

Dans les formes de gravité supérieure, ces troubles se montrent, au contraire, assez fréquemment, et c'est par une graduation croissante que la maladie arrive à provoquer d'abord des retards, puis à diminuer, à chaque période devenue irrégulière, la durée de l'écoulement et enfin à le supprimer pendant un laps de temps variable.

Ce sont là des conséquences de l'action affaiblissante et anémiante de la syphilis sur l'organisme. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'être surpris que les troubles portant sur la menstruation soient plutôt des troubles aménorréiques.

Beaucoup plus rares sont les hémorragies utérines qui relèvent de la syphilis, surtout quand elles sont en rapport avec une lésion ovarienne, avec des syphilomes des ovaires, comme nous avons eu l'occasion d'en recueillir deux observations depuis 8 ans.

Le premier de ces faits concerne une jeune femme, Mme V..., actuellement âgée de 32 ans. Sans antécédents pathologiques de jeunesse, elle avait été réglée à 13 ans et demi, toujours régulièrement et assez abondamment, pendant 5 années ; puis, à l'occasion d'une époque menstruelle, elle aurait présenté des accidents d'hématocèle péri-utérine, pour lesquels elle resta alitée environ six semaines.

Quelque temps après elle se mariait et, pendant une année, les règles apparurent à peu près périodiquement ; mais bientôt elles devinrent irrégulières et d'une durée plus longue, puis aux ménorragies succédèrent des métrorragies qui se répétaient tous les 4 ou 5 jours, sans qu'aucune fausse couche ait été positivement constatée. La malade ne paraît avoir eu, avant ces hémorragies, aucune des manifestations secondaires habituelles de la syphilis.

Mais l'apparition de quelques douleurs intermittentes, au niveau des deux fosses iliaques, de maux de tête répétés et les hémorragies utérines, que différents traitements médicaux n'étaient pas parvenus à arrêter, contribuèrent à développer, chez cette jeune femme, un certain degré de neurasthénie.

C'est à cette époque (février 1892) que, pour la première fois, nous vîmes la malade qui, quoique affaiblie par ses pertes presque

continues, mais non, à chaque fois, très abondantes, n'était pas cependant très anémiée.

Je passe sur l'examen général des différents organes, n'offrant aucune particularité à signaler, pour mentionner de suite l'état des organes génitaux. L'utérus, tout en étant un peu plus volumineux que normalement, n'était le siège d'aucune lésion apparente. Mobile et non douloureux, il laissait suinter un peu de sang. Sa cavité ne présentait pas de dilatation.

Les culs-de-sac étaient souples et entièrement libres ; mais, à la palpation de l'abdomen, on percevait dans chaque fosse iliaque une tumeur sensible, arrondie, bien circonscrite et du volume d'une petite mandarine ; elle donnait la sensation d'un gros ovaire scléro-kystique.

Notre ami, le Dr P. Reynier, dans le service duquel la malade fut transportée, à Tenon, porta le même diagnostic et lui proposa une opération pour la débarrasser de ces deux tumeurs, cause probable des hémorragies. L'ablation par la laparotomie en eut lieu en mars 1892 et ne fut suivie d'aucun incident.

Les tumeurs, du volume d'un petit œuf, étaient bien formées aux dépens des ovaires, qui étaient durs, véritablement scléreux, avec plaques blanchâtres à la périphérie, sans foyers kystiques. Le tissu en était très compact à la coupe et avait par places l'aspect fibroïde. L'examen histologique n'en fut pas pratiqué.

Dans l'année, qui suivit cette opération, la malade eut, à plusieurs reprises, des crachements de sang qui, à chaque fois, disparurent rapidement par l'emploi de dragées contenant de l'ergotine, du sulfate de quinine et de l'extrait de bryone. Les hémorragies utérines ne reparurent plus et l'état général s'améliora très rapidement.

Mais, à partir de 1893 jusqu'en 1895, se montrèrent, à intervalles irréguliers, des bouffées de chaleur, des phénomènes congestifs et neurasthéniques variés et surtout des crises de céphalalgie, accidents que nous croyions liés à la castration et contre lesquels échouèrent les traitements médicaux, les injections de suc testiculaire et l'opothérapie ovarienne elle-même, chacun d'eux administré à dose suffisante.

En présence de ces échecs thérapeutiques, il nous vint à l'idée que les lésions scléreuses, constatées sur les ovaires, pouvaient être de nature syphilitique et qu'il y avait peut-être une corrélation à établir, bien qu'on ne trouvât aucune trace de syphilis, ancienne ou récente, sur la malade, entre ces tumeurs, qui auraient été alors des syphilomes ovariens, et les accès de céphalalgie, dont elle souffrait depuis plusieurs années. Un traitement composé de frictions mercurielles, d'iodure de potassium et de toniques fut dès lors prescrit.

Ce traitement fut ainsi institué : Pendant trois mois, chaque mois 10 jours de frictions mercurielles ; 10 jours de KI (2-3 gr. par

jour); et 10 jours de pilules toniques (arsenic, fer, kina et valériane), concurremment avec des bains sulfureux. L'amélioration fut manifeste dès le deuxième mois. Toutefois, le traitement complet dut être continué de la même manière pendant près d'une année, son interruption pendant 30 jours ayant été, à deux reprises, suivie du retour de la céphalée. L'année 1896 s'est ainsi écoulée.

En 1897, la malade a repris de l'iodure de potassium pendant 3 mois ; aucun des accidents antérieurs n'a reparu et actuellement elle jouit d'une bonne santé, après avoir notablement engraissé.

— Le sujet de notre seconde observation, Mme B...., est une forte et grande femme de 35 ans, dont le tissu adipeux s'est très développé depuis quelques années. La menstruation s'est établie, chez elle, à l'âge de 14 ans et a été régulière et normale pendant trois années, à l'issue desquelles elle aurait eu, pendant plusieurs mois, des pertes assez abondantes. Elle fut alors traitée comme chloro-anémique. Ces troubles ne se sont pas renouvelés pendant quelque temps.

Mariée en 1886, elle accouchait deux ans plus tard d'un enfant à terme, qui succombait, après plusieurs mois, à la suite d'une maladie mal spécifiée. Pendant toute la durée de cette grossesse, ainsi qu'après l'accouchement, rien d'anormal ne paraît devoir être relevé dans l'état de santé de Mme B... jusqu'en 1892.

A cette époque deuxième grossesse et accouchement prématuré à 8 mois, attribué par la malade à une injection trop chaude. L'enfant naît vivant et meurt le lendemain ; la cause de la mort est restée ignorée de la mère, qui ne nous fournit aucun renseignement à cet égard.

Les suites immédiates de couche furent bonnes ; mais, trois mois plus tard, survint une hémorragie utérine assez abondante, et, consécutivement, les règles devinrent irrégulières en affectant souvent le caractère des ménorragies.

Il en fut ainsi pendant une année et, à partir de 1894, ces hémorragies se répétèrent plus fréquemment en ne laissant entre elles que trois ou quatre jours d'intervalle, pendant lesquels même il n'était pas rare de constater un suintement rosé.

C'est alors que, le 15 avril 1895, un curettage fut pratiqué par un de nos confrères gynécologues, accoucheur des hôpitaux, et suivi d'une disparition absolue du sang pendant trois mois. L'écoulement réparaissait ensuite de nouveau, parfois assez abondant, le plus souvent en petite quantité, mais d'une façon presque continue, et pendant les mois de février et de mars 1896 les pertes s'accrurent très notablement. La malade vint alors me consulter :

10 avril 1896. — Malgré les hémorragies qui s'étaient succédées depuis plusieurs années, Mme B. ne paraissait pas affaiblie : elle n'avait pas maigri ; aucun trouble des voies digestives n'existait et, sauf les pertes de sang et un certain état de nervosisme plus

accentué depuis quelques mois, elle n'aurait eu aucune raison de se considérer comme une malade.

D'ailleurs, elle ne l'était que par ses organes génitaux, car, sur le reste du corps, on ne trouvait aucune lésion à noter. L'utérus offrait quelques particularités relevant de la congestion chronique, dont il était le siège. Les lèvres du col étaient molles, œdématiées et un peu congestionnées ; aucune ulcération ne se voyait à leur surface. Par l'orifice externe entr'ouvert, un cathéter traversait facilement la cavité cervicale et pénétrait jusqu'à 9 centimètres de profondeur ; il n'y avait donc pas augmentation de la cavité utérine.

Toutefois l'organe, mobile, non douloureux et en légère rétroversion était un peu accru de volume dans sa totalité et sa consistance, assez ferme, n'éveillait pas cependant l'idée d'une consistance fibreuse ; d'ailleurs on ne sentait à sa périphérie aucune saillie pouvant faire songer à l'existence de productions fibreuses. Les culs-de-sac vaginaux étaient souples et nullement effacés.

Quant aux annexes explorées par la palpation abdominale, si les trompes ne semblaient pas augmentées de volume (d'ailleurs jamais à aucune époque il n'y avait eu de symptômes de salpingite) les deux ovaires étaient plus gros qu'à l'état normal et sensibles à la pression ; leur volume pouvait atteindre celui d'un marron.

En résumé, on ne trouvait, chez cette malade, aucune lésion (polype, débris placentaires, fibrome, cancer), capable d'expliquer ces hémorragies déjà anciennes et rebelles à de nombreux traitements ; et, si l'on eût pu supposer qu'elles fussent dues à des fongosités utérines, bien que rien dans le passé ne vînt témoigner en faveur d'une métrite fongueuse, le curettage, qui avait été fait en 1895, devait faire rejeter cette hypothèse, puisque l'opération n'avait pas été suivie d'un succès durable.

Une altération du sang par suite de dyscrasie aiguë ne pouvait être invoquée, car aucune maladie générale infectieuse n'avait atteint la malade et il n'y avait pas davantage de raisons de faire intervenir, comme facteurs pathogéniques, soit le paludisme (le sulfate de quinine ayant été administré sans succès pendant un certain nombre de semaines), soit l'hémophilie, dont aucune manifestation ne s'était montrée. Il ne restait donc qu'une maladie constitutionnelle, une diathèse à incriminer et, seule, la syphilis pouvait être en cause.

Cependant la malade n'en présentait ni trace ancienne, ni manifestation actuelle et, dans ses antécédents pathologiques, nous n'avions rien découvert qui pût être rapporté à cette maladie. La mort, par cause inconnue, de son premier enfant et sa fausse couche, sans raison bien déterminée, plaidaient seules en faveur d'une syphilis ignorée et latente.

Cette hypothèse, que le souvenir de notre première observation renforçait encore, était bien légitime, ainsi que nous l'ont prouvé,

d'une part, le résultat du traitement antisyphilitique, et, d'autre part, la certitude acquise ultérieurement que le mari de notre malade avait contracté, avant son mariage, un chancre induré.

Comme chez notre première malade nous avons prescrit le traitement mercuriel et ioduré : 10 jours de frictions, 10 jours d'iodure (2 gr.) et 10 jours de pilules toniques. Ce traitement a été suivi du 10 avril au 20 août 1896, sauf en juin où toute médication fut interrompue.

Dans chacun des mois de mai et de juin il y eut suppression complète de l'hémorragie pendant 15 jours. En juillet les règles durèrent 13 jours, puis aucun écoulement ne reparut jusqu'au 10 septembre. La malade se trouvait à cette époque en Italie où elle séjourna jusqu'au mois de novembre. Pendant ce temps, elle négligea de reprendre son traitement, comme je le lui avais conseillé ; aussi les hémorragies reparurent-elles peu abondantes, mais fréquentes. Les ovaires, bien qu'ayant diminué de volume, étaient cependant encore plus gros qu'à l'état normal.

Le même traitement fut de nouveau administré à partir des premiers jours de décembre et continué pendant quatre mois. Dès le mois de février 1897, l'hémorragie a cessé de paraître en dehors des époques, qui sont devenues et restées très régulières et normales pendant tout le reste de l'année 1897 jusqu'à ce jour. Dans le courant de cette dernière année, la malade, dont l'état de santé est actuellement excellent, a repris environ 50 grammes d'iodure.

En résumé, dans les deux cas, que nous venons de relater, nous nous sommes trouvés en présence de deux malades atteintes d'hémorragies utérines, sans lésions inflammatoires ou organiques de l'utérus, rebelles aux traitements ordinaires et présentant des ovaires scléreux, ou scléro-gommeux, contrôlés tels chez la première par la laparotomie et très probablement de même nature chez la seconde.

On peut objecter que l'existence d'une syphilis antérieure ne peut pas être affirmée, mais la disparition des accidents généraux, et en particulier de la céphalée, chez l'une, et la suppression des hémorragies, coïncidant avec la diminution des tumeurs ovariennes, chez l'autre, par la médication mixte antisyphilitique, alors que tout autre traitement avait échoué, ne constituent-elles pas des preuves presque incontestables que les accidents étaient bien liés à une lésion d'origine syphilitique ?

Nous savons, il est vrai, que les manifestations ovariennes de la syphilis sont excessivement rares, voire même mises en doute par quelques auteurs. Cependant on en a relaté plusieurs cas contrôlés par l'examen anatomique : Aussi nous sommes-nous crus autorisés à rapporter ces observations, convaincus que, le traitement ayant, une fois de plus, servi de pierre de touche, le diagnostic de

syphilome ovarien s'imposait, malgré l'absence de toute autre manifestation syphilitique et la valeur relative des signes qui sont capables de déceler les lésions spécifiques des ovaires.

OBSTÉTRIQUE

NOTE SUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE REMONTANT A 24 ANS ET DONT L'EXPULSION S'EST FAITE PAR L'INTESTIN. DEUX GROSSESSES A TERME POSTÉRIEURES A CETTE CONCEPTION,

Par M. G. Lemonnier.

Une de mes clientes me présentait, au mois de juillet 1896, les deux fragments osseux que je joins à cette communication et dont l'un me paraît être un frontal avec la voûte sus-orbitaire. Elle avait, me dit-elle, expulsé par l'intestin ces petits os sans souffrances accusées et sans symptômes particuliers au mois de mars précédent, 1896. Son état général n'avait pas été troublé et elle n'avait éprouvé ni frissons, ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni émission de selles sanguinolentes ou purulentes, ni ténesme. Il est vrai d'ajouter qu'elle n'avait pas eu la curiosité d'examiner ses selles à cette époque. J'avais été appelé à donner mes soins seulement à cette malade depuis trois ans et demi à différentes reprises pour des troubles gastro-intestinaux et pour une lésion ancienne du sommet droit. Lorsque je pris connaissance de ma malade à mes premières visites j'avais bien constaté du côté des annexes gauches une tumeur assez dure de la grosseur d'un œuf de dinde environ et remontant jusqu'à un travers de doigt et demi au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Le toucher vaginal donnait cette même sensation de dureté et l'utérus était immobilisé, le col largement déchiré. L'interrogatoire ne me donnant aucune réponse précise sur les antécédents qui me furent dissimulés à ce moment, j'attribuai cette lésion à une pelvi-péritonite ancienne ou à une salpingite et ne m'occupai plus de cette complication.

Mais, en présence de cette expulsion de débris osseux, je revins sur mon interrogatoire. et voici ce que me raconta ma malade. Une première grossesse sans fausse couche et sans troubles utérins antérieurs se produisit en 1872. Cette grossesse fut normale depuis le début jusqu'à la fin et fut même heureuse. Arrivée à terme, des douleurs expulsives se firent sentir pendant deux

heures dans l'après-midi, puis cessèrent et se renouvelèrent pendant huit jours deux heures chaque soir. Cette dame fit alors le voyage de Paris et consulta les docteurs Demarquay et Guéneau de Mussy, qui tous deux diagnostiquèrent la grossesse extra-utérine. Le docteur Demarquay lui conseilla de ne pas se faire opérer (je crois devoir rappeler que cela se passait en 1872) et prétendit, paraît-il, qu'il n'y aurait pas d'autre grossesse, mais je laisse à ma malade la responsabilité de cette affirmation et me demande si ses souvenirs sont précis.

Deux grossesses à terme avec accouchements heureux ont eu lieu depuis, l'un en 1878 et l'autre en 1881. Les suites de couches ne donnèrent lieu à aucune complication.

Au mois de juillet 1896, lorsque tous ces renseignements me furent signalés, je fis un toucher rectal qui ne m'apprit rien et n'arrivai pas au trajet fistuleux. Je conseillai cependant de grands lavements antiseptiques et l'exploration de la tumeur par le palper et le toucher vaginal ne m'indiquèrent pas une diminution de volume sensible, ce qui me laissa supposer que le lithopœdion n'était pas complètement expulsé.

L'état général était assez mauvais pour que je ne proposasse pas une intervention qui aurait du reste été refusée.

Voici donc une grossesse extra-utérine dont le lithopœdion s'enflamme 24 ans après le début et aurait pu donner lieu à des accidents mortels. L'ouverture se fait fort heureusement dans l'intestin, et n'est-ce pas le cas de rappeler l'enseignement de mon excellent maître Siredey qui considérait l'ouverture d'une pelvi-péritonite suppurée dans l'intestin comme bien préférable à celle qui s'ouvrait dans le vagin ou la vessie.

Cette observation ne donne-t-elle pas raison aujourd'hui à ceux qui conseillent d'opérer ?

Enfin, j'ai cru devoir signaler les deux accouchements à terme et exempts de complications qui se sont produits depuis. (*Soc. obstét. et gynécologique de Paris.*)

ANÉVRYSME ENTRE L'AORTE ET L'ARTÈRE PULMONAIRE CONSÉCUTIF A UNE ENDOCARDITE INFECTIEUSE RÉSULTANT D'UN AVORTEMENT,

Par M. J. Masbrenier.

La malade 27 ans, domestique, entrée à la Maternité, Salle Levret, n° 6, dans le service de M. Porak a été réglée régulièrement à partir de 15 ans. Elle n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de

18 ans. A ce moment elle eut une atteinte de rhumatisme articulaire et ne fut complètement guérie qu'au bout de 6 mois.

A 25 ans, première grossesse ne présentant aucune particularité digne d'intérêt ; l'enfant meurt à l'âge de 2 ans d'une affection de nature indéterminée. Les règles de la malade cessent à la première quinzaine de septembre. Dans le courant d'octobre la malade présente à plusieurs reprises des métrorrhagies qu'un médecin attribue à des fatigues excessives. En novembre survient une nouvelle perte de sang qui dure une journée.

Le 26 décembre la malade est prise de douleurs articulaires qui cèdent à un traitement général et local.

Le 17 février, la malade ressentant des douleurs lombaires vient à la consultation de la Maternité, et deux jours après elle prend une voiture pour y retourner, se sentant prise de douleurs. Mais l'avortement se fait en fiacre pendant le trajet. Le fœtus, du poids de 1050 grammes, exécute seulement quelques mouvements d'inspiration.

La température de la malade à son entrée à la Maternité est de 38°2.

Les quatre jours suivants la température vespérale dépasse 37, malgré les lavages intra-utérins. Le 6e jour, le thermomètre monte à 39,5 et on pratique un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

Les jours suivants la température s'abaisse le matin à 37 pour remonter le soir à 39 et au-dessus. La malade se plaint de douleurs au niveau de la région précordiale.

Le 19e jour l'auscultation révèle la présence d'un double souffle qui s'entend dans toute la région précordiale, mais qui a son maximum à la partie interne du 3e espace intercostal gauche. Il n'y a pas de congestion pulmonaire, le foie n'est pas hypertrophié.

21e jour. La température monte à 39,9; le pouls est à 100 et reste régulier.

L'utérus a diminué de volume et le col s'est refermé.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39. Le pouls ne dépasse pas 90.

Le 21 mars, c'est-à-dire le 28e jour après l'avortement, l'état de la malade s'aggrave. La dyspnée est excessive, les lèvres et les extrémités sont cyanosées. La malade meurt à 10 h. du matin.

Autopsie. Cœur. — Dans le péricarde on trouve un verre environ de liquide citrin. Le feuillet viscéral du péricarde présente un aspect dépoli. Le cœur volumineux présente une teinte légèrement feuille morte.

L'orifice mitral admet un doigt seulement, les valves sont épaissies, mais il n'y a pas trace de lésions récentes.

Le cœur droit ne présente rien d'anormal.

Les sigmoïdes aortiques sont épaissies, mais sans végétations, ni ulcérations.

Au-dessus de la sigmoïde interne on trouve un point ulcéré qu'un tractus sépare d'une large ulcération à bords bien découpés et fermes, mais amincis à la partie inférieure.

Cette ulcération est incomplètement fermée par des caillots rougeâtres ; en outre, un caillot d'aspect fibrineux occupe la partie inférieure de l'ulcération. Par celle-ci on peut introduire deux doigts dans une poche du volume d'une grosse noix siégeant entre l'aorte et l'artère pulmonaire. La paroi de cette poche est lisse dans sa plus grande partie, tapissée de fibrine en quelques points.

Les *poumons* ne présentent qu'un léger degré d'œdème.

La *rate* est volumineuse.

Le *foie* présente un peu à la coupe l'aspect du foie cardiaque bien que son poids soit presque normal (1510).

Les *reins* sont pâles ; la capsule est très légèrement adhérente.

Péritoine. Sur le foie, la rate et l'ovaire gauche existent quelques fausses membranes fibrineuses ; à part cela, pas de péritonite.

L'intestin est normal.

Utérus. Peu volumineux. On trouve cependant au fond de sa cavité un amas jaune friable du volume d'un gros pois. Cet amas adhérent à la face postérieure semble constitué par des débris placentaires. (*Soc. obstét. et gynécol. de Paris.*)

PÉDIATRIE

LE PHIMOSIS. — LA CIRCONCISION RITUELLE.

Par le Dr Bienfait.

Le phimosis est un vice de conformation habituellement congénital ; il peut cependant être acquis à la suite de rétractions cicatricielles (inflammations, phlegmons, chancres, etc.).

Il consiste en ce fait que l'orifice du prépuce est normalement étroit et ne peut donner passage au gland ; à ce point de vue, il peut être, jusqu'à un certain point, comparé à l'hymen : la persistance de cet état de choses est, en effet, un signe de virginité probable.

Il se peut que le prépuce soit très court ou soit très long ; dans e premier cas, on se trouve en présence du phimosis court et dans

le second du phimosis long ; cette distinction sert simplement à constater des faits d'observation et n'a dans la pratique qu'une importance minime.

Lorque l'orifice préputial est très étroit, la miction est difficile et se fait à deux fois; l'urine arrivant largement par le méat urétral ne peut sortir avec la même rapidité par l'orifice préputial, parfois entièrement réduit ; aussi, sous la pression, le prépuce se distend-il considérablement, l'orifice s'élargit quelque peu et l'urine finit par s'écouler au dehors.

On parle quelquefois d'incontinences nocturnes guéries par une simple circoncision ; ces observations singulières s'expliquent parfaitement, précisément par l'existence de la poche élastique préputiale se gonflant pendant la miction et se vidant petit à petit ; en ce cas, le malade « urine dans son prépuce ». La poche ainsi formée reste longtemps humide, les parois et surtout les bords de l'orifice finissent par se macérer et s'exulcérer. De plus, le smegma s'accumule dans le repli post-balanique et arrive à y constituer de petites concrétions donnant lieu à de la démangeaison. Aussi n'y a-t-il rien d'étonnant à voir des affections inflammatoires être liées à l'existence d'un phimosis ; elles sont ordinairement produites par la fermentation des matières accumulées et la surface suppurante étant assez considérable l'écoulement de plus est parfois très abondant. Ricord, malgré sa grande pratique, se serait même trompé dans un cas et aurait porté le diagnostic de blennorrhagie.

Enfin, l'irritation continue peut également provoquer l'apparition de végétations papillomateuses.

Toutes ces causes d'irritation font comprendre pourquoi beaucoup d'enfants ont des tendances à l'onanisme à force de se tirailler un organe hyperesthésié. Elles expliquent aussi l'existence d'affections quelquefois singulières provenant d'un trouble réflexe permanent, telles que le retard de développement, la distension du ventre, le genu varus, etc. Rappelons, à ce propos, le cas intéressant signalé par Reverdin ; il s'agissait d'un garçon de 9 ans atteint de coxalgie douloureuse et qui guérit subitement à la suite d'une circoncision.

Nous trouvons précisément dans le *Medical Record* la relation détaillée d'un cas d'éclampsie infantile avec coma profond donnant les plus grandes craintes au médecin. En examinant le malade, son attention finit par être attirée par la grosseur anormale du pénis. Renseignement pris, l'enfant atteint de phimosis congénital n'avait plus uriné depuis plusieurs jours, le prépuce, l'urèthre et la vessie, fort distendus, étaient gonflés d'urine. Vraisembla-

blement l'orifice capillaire du méat s'était obstrué par quelqu'irritation et avait causé cette rétention d'urine.

Après l'opération, le malade guérit très rapidement. A notre avis, cette éclampsie ne doit pas être considérée comme un trouble réflexe ; nous croyons que, dans l'espèce, la sécrétion de l'urine a été réellement supprimée, la pression du liquide dans la vessie, les uretères et les bassinets étant montée au point de contre-balancer la pression sanguine.

Les troubles du côté de la génération sont très nombreux et ne sont pas les moins importants. La gêne dans le coït est fréquente et même la copulation peut être douloureuse.

Le sujet peut même être inféconds à cause de son phimosis. En effet, avec un orifice préputial étroit, l'éjaculation se fait dans la poche préputiale où l'urine tue le sperme et il existe même un certain degré d'impuissance. Avec un gland pointu, atrophié par une pression continue, les facultés génésiques sont diminuées. Les pertes séminales qu'on a notées se rapprochent de l'incontinence d'urine et sont dues à une irritation permanente du gland.

Lorsque des sujets ont un phimosis, ils sont exposés au paraphimosis ; c'est l'étranglement de la verge par l'orifice préputial. Une traction violente, le coït dans une vulve trop étroite, portent le prépuce en arrière du gland et l'orifice préputial ne peut plus être ramené en avant si on n'emploie pas des manœuvres de force. Alors des lésions se produisent : la circulation en retour du sang veineux est gênée et des bourrelets œdémateux se forment en avant et en arrière de l'anneau préputial.

Le phimosis se guérit par une opération bien simple consistant en somme à élargir l'orifice préputial.

On peut atteindre ce but de trois manières : *a*) en dilatant l'orifice au moyen de laminaria ou de bougies. Ce procédé assez primitif semble être tombé complètement en désuétude ; *b*) en fendant le repli préputial du côté dorsal sur la ligne médiane jusqu'à l'insertion du feuillet interne, on suture les bords des feuillets internes et externes. Cette opération est typique dans les cas de phimosis court, elle n'est peut-être pas très esthétique, il se forme une sorte d'abat-jour au niveau du frein et des coins de cols au-dessus du gland, mais enfin c'est l'opération la plus simple et celle exposant le moins aux hémorragies. Un seul point doit être noté : l'incision se fait ordinairement aux ciseaux et, s'il n'y prend garde, l'opérateur peut être trompé par la mobilité de la peau du pénis et fendre celle-ci jusqu'au niveau du milieu de la verge ; *c*) enfin il existe un dernier mode opératoire, c'est la circoncision

proprement dite. Il trouve surtout ses indications dans les cas de phimosis long. La circoncision consiste à attirer le prépuce au delà du gland, à couper transversalement tout ce qui dépasse, puis à suturer la large plaie circulaire linéaire bord à bord.

On a habituellement recours à une pince longue et fendue suivant l'axe des mors. Le prépuce est saisi convenablement, un bistouri est introduit dans la fente et sectionné juste à l'endroit désiré, suivant un plan bien droit et sans hémorragie.

Le pansement est très simple ; il consiste à saupoudrer d'ioforme ou d'une substance analogue, à placer un pansement humide protégé par une toile imperméable, le tout bien fixé par un bandage en X. Au centre du pansement on a ménagé un orifice que l'on fait concorder avec le méat urinaire ; de cette façon, l'urine est projetée en dehors du pansement.

L'opération n'expose à aucun danger, si ce n'est à des hémorragies désagréables si des vaisseaux du frein ou ceux du dos du pénis ont été lésés. La verge ne doit pas être prise dans un pansement circulaire parce que le prépuce se gonfle fortement sous l'influence d'un œdème opératoire et que, le cas échéant, il pourrait en résulter des inconvénients.

*
* *

La circoncision rituelle constitue en quelque sorte le baptême des Juifs ; elle consiste à enlever complètement le prépuce, qu'il soit bien ou mal constitué.

On s'est souvent demandé comment l'homme avait pu avoir l'idée de faire subir une aussi singulière multilation aux enfants. Beaucoup de chercheurs prétendent qu'il s'agissait là d'une mesure d'hygiène prophylactique. Quant à nous, nous préférons adopter la manière de voir du docteur Beugnies : L'homme primitif offre en sacrifice à la divinité ce qu'il a de plus précieux, les plus belles bêtes de ses troupeaux, les parfums les plus adorants et les plus rares ; or, de tout temps, l'organe viril a été fort en honneur surtout chez les anciens, où il fut même adoré (phallus) ; seulement, comme il eût été vraiment triste de s'en priver complètement, on a gardé le bon morceau et on a donné ce dont on n'avait que faire. Les Romains faisaient preuve du même esprit pratique en offrant à leurs dieux le croupion, le sacrum et le contenu abdominal des animaux sacrifiés et en faisant bombance au nez des statues avec les gros gigots et les succulents filets des victimes.

Le docteur Beugnies doit être dans le vrai, car certaines populations musulmanes enlèvent le clitoris aux petites filles et cer-

tains fanatiques russes n'hésitent pas, eux non plus, à s'émasculer, sans que la prophylaxie ait rien à y voir.

Il est d'ailleurs peu croyable, en somme, que les législateurs de l'ancien Testament aient voulu éviter des infections possibles à leur époque où la contagion était méconnue et cela, en prescrivant une opération en somme dangereuse et dont ils ne pouvaient connaître la portée.

Quoi qu'il en soit, la circoncision a pu rendre quelques services au peuple juif, bien entendu quand elle réussissait. En effet, les accidents dus à l'existence d'un phimosis étaient tout d'abord écartés, ensuite l'épithélium du gland non protégé finit par s'endurcir et par se rapprocher de l'épithélium cutané ; il en résulte que le grand danger des inoculations vénériennes se trouve ainsi, au moins en partie, écarté. Il paraît que les juifs sont plus rarement syphilitiques que les chrétiens, et, d'autre part, on attribue aussi à cette opération le fait de la grande natalité de ce peuple ; mais en supposant même que ces avantages existent réellement, cette opération n'en est pas moins dangereuse. Elle n'est pas pratiquée, en effet, par des gens du métier, mais par des prêtres opérant, surtout dans l'ancien temps, avec une brutalité incroyable.

La section du prépuce se faisait souvent avec un silex taillé ; aujourd'hui on emploie un couteau à double tranchant plus ou moins aiguisé ; il est presqu'inutile d'ajouter que l'antisepsie et l'asepsie restent absolument lettre morte. Le feuillet muqueux du prépuce est saisi entre deux doigts, tiraillé et arraché de son insertion et le fourreau de la verge est simplement maintenu par des bandelettes ; l'hémorragie est combattue au moyen de procédés empiriques par l'application de poudres variées ; si celles-ci ne réussissent pas ou viennent à manquer, l'opérateur arrête l'écoulement du sang par la succion ! Conclusions : accidents fréquents, transmission de syphilis, de tuberculose et mort déjà observée par hémorragie ou phlegmons.

Actuellement les procédés sont moins brutaux, mais que d'accidents encore ! (*Gazette médicale de Liége.*)

LA DIPHTÉRIE ET LA SÉRUMTHÉRAPHIE.

M. le Dr Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, chargé du service spécial de la diphtérie pendant les années 1895-96, vient de publier, sous ce titre, un ouvrage dont l'importance et l'intérêt n'échapperont à personne. Aussi ne résisterons-nous pas au plaisir de lui emprunter quelques citations qui montreront mieux qu'un bref compte rendu bibliographique dans quel esprit d'indépendance et

de haute probité scientifique et médicale cet ouvrage a été conçu et écrit :

« La découverte du serum antitoxique de la diphtérie constitue, dit l'auteur en son premier chapitre, l'un des plus grands progrès qu'ait faits la thérapeutique humaine dans ce siècle. C'est à la bactériologie dont les principes et les méthodes ont été établis par notre illustre Pasteur que nous devons cette découverte. Mais il faut reconnaître que ce sont surtout des savants allemands qui ont eu le mérite d'appliquer très heureusement à la diphtérie ces nouvelles méthodes d'investigation. »

Il suit ensuite les travaux de Klebs, Lœffler, Roux et Yersin, Behring et Kitasato, les essais de traitement entrepris par Behring dès 1893, continués par Erlich, Cossel et Wassermann en 1894, puis par Roux assisté de MM. Martin et Chaillou qui commencèrent à utiliser les chevaux comme producteurs de serum à peu près en même temps qu'Aronson à Berlin.

« Cette tentative thérapeutique de MM. Roux, Martin et Chaillou fut extrêmement heureuse. Sur 448 enfants injectés au sérum antidiphtéritique, la mortalité, qui approchait de 50 % à l'hôpital des Enfants-Malades, fut réduite à 24,5 0/0. En septembre 1894, M. Roux communiqua au Congrès de Budapest ces brillants résultats et, par ses déclarations très nettes et très rigoureuses, par l'autorité de l'Institut Pasteur, qu'il représentait, il fit définitivement pencher la balance du côté des partisans de la découverte de Behring. »

Depuis, la nouvelle méthode a été employée un peu partout et les observateurs sont d'accord pour reconnaître qu'un remède vraiment efficace contre la diphtérie est enfin trouvé.

Alors que tous les hommes de science savent parfaitement que la gloire de cette découverte appartient tout entière au savant allemand, tout le monde en France l'attribue à M. Roux. L'origine de cette équivoque, dit l'auteur, remonte à la souscription qui fut faite en faveur de l'Institut Pasteur, en 1894, par un grand journal parisien. Pour faire affluer les offrandes, il fallut bien grossir le nom du savant français au détriment de celui de l'Allemand qui fut laissé dans l'ombre. Mais le temps, toujours équitable, effacera cette erreur. Quand un homme a le mérite d'avoir fait une découverte qui révolutionne le traitement d'une maladie, qui réduit de moitié sa mortalité, il est juste que cet homme soit connu non seulement des médecins, mais aussi du grand public qui est appelé à bénéficier de ses longues et patientes recherches. On ne saurait donc trop regretter que, mus par des sentiments patriotiques ou par d'autres raisons peut-être moins respectables, certains organes de la presse quotidienne française aient dépossédé l'illustre Behring de sa découverte pour l'imputer à tort à un élève de Pasteur.

Après ce juste hommage rendu à la vérité, nous passerons ici

sous silence les chapitres relatifs à la bactériologie du bacille de Lœffler, aux méthodes qui permettent de le déceler et de le cultiver, pour arriver à celui dans lequel M. Variot étudie sa valeur séméiologique, ainsi que celle des associations microbiennes et les indications actuelles des injections de sérum.

L'examen bactériologique est, en général, d'accord avec l'examen clinique lorsqu'on confronte ces deux modes d'investigation dans la diphtérie. Mais, dans ces formes, les renseignements donnés par la bactériologie sont tardifs et il ne faut pas hésiter à faire immédiatement une injection de 10 à 20 centimètres cubes de sérum, suivant l'âge de l'enfant.

Dans d'autres circonstances, ou avec une rougeur diffuse du pharynx, on observe quelques exsudats punctiformes où très circonscrits et un état général très satisfaisant sans aucun phénomène laryngé, l'aspect clinique n'est pas celui de la diphtérie. Cependant l'examen bactériologique est formel ; les colonies de Lœffler sont très riches ; faut-il injecter le sérum ?

M. Variot répond que rien ne presse, qu'il faut surveiller attentivement la gorge et l'état général, rechercher si les exsudats disparaîtront ou s'étendront, si, en d'autres termes, la diphtérie bactériologique se transformera en diphtérie clinique.

Cette distinction est une trouvaille particulièrement heureuse, car elle représente bien exactement la réalité des faits, puisqu'on peut rencontrer dans des gorges saines le bacille court avec les réactions colorantes habituelles, sans qu'il se produise de diphtérie, et qu'il n'existe actuellement aucun moyen pratique de s'assurer de la virulence du bacille dont on a constaté la présence. *C'est donc l'examen clinique qui doit en dernier ressort rester prépondérant.* Toutes les recherches des cliniciens et des bactériologistes ont abouti en somme à restituer à la fausse membrane de Bretonneau sa haute valeur dans le diagnostic de la diphtérie.

Les indications thérapeutiques découlent tout naturellement de ces principes : « Toute affection de la gorge, des fosses nasales, du larynx, de la conjonctive ou de la peau présentant les caractres cliniques de la diphtérie est justiciable du sérum. Mais le médecin prudent, qui cherche à être utile sans nuire, connaissant aussi bien les effets fâcheux du remède que son action curative, ne peut le conseiller comme vaccin temporaire et ne recourt à son emploi que lorsqu'il en voit la nécessité, c'est-à-dire lorsqu'il se trouve en présence d'une diphtérie confirmée »

On ne saurait tenir langage plus clair et mieux en rapport avec les saines données de la vieille et bonne médecine. Le microbe n'est pas tout dans la maladie, il y a le terrain représenté par l'organisme et certaines circonstances spéciales constituant l'état de réceptivité morbide qu'il est bon de ne pas perdre de vue. Nous louons l'auteur d'avoir ainsi su remettre à leur véritable rang la clinique et la bactériologie, dont la prépondérance trop grande a

déjà conduit à tant d'erreurs dans les applications hygiéniques et thérapeutiques.

Mais ce n'est pas tant le point de vue thérapeutique qui nous intéresse ici que celui de l'hygiène, et sous ce rapport le livre de M. Variot va encore nous fournir des renseignements précieux dans le chapitre consacré à la *régénération récidivante des fausses membranes diphtéritiques après les injections de sérum.*

« Les injections de sérum font tomber les membranes par un processus décollant d'élimination dont nous ignorons encore le mécanisme ; de plus, les exsudats perdent leur tendance extensive. Cette action vraiment spéciale du sérum s'exerce même dans les cas les plus graves, mais l'action des toxines sur les centres nerveux et en particulier sur les centres vaso-moteurs peut ne pas être arrêtée. L'antitoxine, inutile lorsque les phénomènes d'intoxication sont très intenses, n'agit pas constamment contre ces phénomènes lorsqu'ils sont atténués. » C'est donc surtout par son action sur les membranes que le sérum est utile.

Son action germicide est encore plus nulle que son action antitoxique. Cela est à la fois prouvé par la clinique et la bactériologie et même dans quelques cas, rares il est vrai, la fausse membrane peut récidiver au bout de huit à dix jours, mais plus souvent il peut arriver qu'elle reparaisse au bout de trois semaines si le malade reste dans un milieu contaminé.

Ces observations nous fixent sur l'action vraie du sérum antidiphtéritique.

C'est surtout une action éliminatrice sur les membranes.

L'action immunisante, si tant est qu'elle existe, est de courte durée, pas plus d'un mois. On ne saurait donc considérer le sérum comme un *vaccin*, ni l'employer comme tel, étant donnés les dangers réels que présente l'inoculation aux individus non diphtéritiques.

Les malades traités par le sérum et guéris en apparence peuvent conserver des bacilles de Lœffler encore virulents pendant quatre à six semaines après la terminaison clinique de la maladie.

Il est donc fort important, pour éviter la propagation de la maladie, de maintenir l'isolement des malades pendant deux mois après la guérison, surtout si ce sont des enfants en période de scolarité, puisque les médecins-inspecteurs des écoles n'ont pas les moyens pratiques d'examiner, au point de vue bactériologique, le contenu de la gorge des élèves convalescents de diphtérie. Il serait urgent aussi de créer, comme l'ont demandé les médecins des hôpitaux d'enfants, des asiles de convalescence pour les diphtéritiques, afin de limiter la contagion dans les familles. Mais avec la sage lenteur trop connue de nos administrations, il se passera encore bien des années avant que cette annexe si utile des pavillons de la diphtérie dans les hôpitaux d'enfants voie le jour.

Il ne serait pourtant ni très coûteux, ni très difficile d'agencer un ou deux pavillons des stations pour enfants de Berck et de Forges, pour leur permettre de recevoir les convalescents diphtériques qui se remettraient d'autant mieux et d'autant plus vite qu'ils seraient dans un air plus réconfortant et plus sain. Y a-t-on seulement songé avenue Victoria ?

Dr L.-R. Régnier.

FORMULAIRE

Traitement de l'ictère de la seconde enfance.

(Daughez.)

A. — Ictère par rétention :

1° Evacuer le contenu de l'intestin à l'aide du purgatif suivant :

Limonade chlorhydrique ...	100 gr.
Sirop simple..	50 —
Citrate de magnésie.....	30 —
Glycérine officinale.....	20 —

à prendre en quatre fois le matin à jeun, à une demi-heure d'intervalle.

2° Régime lacté absolu, additionné par tasse d'une cuillerée d'eau de Vichy, Saint-Yorre ou d'eau de Royat.

3° Lavement froid d'eau bouillie, additionnée d'un paquet de la poudre suivante :

Sulfate de soude..... 15 grammes.

Les jours suivants faire prendre, dans un peu de lait sucré, les prises suivantes :

Résine de jalap.....	0,05 centigr.
Calomel à la vapeur..	0,05 —
Chocolat râpé.....	0,50 —

M. S. A pour une prise. — F. S. A. prises n° 8, quatre prises par jour, de 2 en 2 jours.

B. — Ictère infectieux épidémique :

Comme dans le cas précédent : régime lacté, alcalin et lavements froids En outre :

1° L'enfant prendra le jour les trois cachets suivants :

Benzo-naphtol.....	0,50 centigr.
Salicylate de magnésie.	0,25 —
Aloès pulvérisé.....	0,02 —

pour un cachet, F. S. A. cachets n° 6.

2° Eau de Royat.

Injections de sérum d'Hayem (de 100 à 300 gr. par jour).

C. — Ictère grave :

Appliquer un vésicatoire sur la région du foie.

Ou, en cas de refus, des compresses imbibées du ligament suivant :

Alcoolat de Fioraventi...	120 gr.
Essence de térébentine.....	30 — (*us. ext.*)

Mixture contre les ascarides chez les enfants.

Voici la formule préconisée par M. le Dr C. W. Townsend pour combattre les ascarides lombricoïdes chez les enfants :

Extrait fluide de spigélie....	20 gr.
Extrait fluide de séné.....	90 gr.
Essence d'anis..... }	àà III gouttes.
Essence de carvi... }	

M. S. A.

Suivant l'âge de l'enfant, on donnera soit une cuillerée à café, soit une demi-cuillerée à soupe de cette mixture, deux ou trois fois par jour.

Traitement de la diphthérie par l'eau oxygénée.

(Hofmokl.)

L'auteur, à la suite de Vogelsang, a expérimenté ce traitement. L'eau oxygénée est, suivant lui, un excellent topique sans influence fâcheuse sur l'état général.

La formule suivante est excellente :

Eau oxygénée (solution à 2 %).....	200 gr.
Glycérine pure.....	3 gr.

On peut la donner par voie gastrique ou par inhalation.

Une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

On peut mettre cette préparation dans un ventilateur pour l'administrer en inhalation.

Les effets du médicament sont une salivation abondante. Les fausses membranes sont rejetées en 3 ou 4 jours et quelque fois de 6 ou 9.

Iodophénol contre la coqueluche.

(Dr ROTHE.)

Acide phénique.....	0 gr. 15
Alcool.....	0 gr. 05
Teinture d'iode..... gout.	V
Eau de menthe.....	50 gr.
Teinture de belladone....	1 gr.
Sirop Diacode.....	10 gr.

Donner une cuillerée à café toutes les 2 heures.

Les accès se réduisent bientôt à 4 ou 6 par 24 heures, et au bout de 3 à 4 semaines il ne reste plus qu'un léger état catarrhal.

Poudre pour les seins.

Farine de riz.....	ãã 100 g.
— de marrons d'Inde..	
Poudre d'amandes amères.	ãã 50 —
Poudre d'iris.....	
Magnésie calcinée..	0 —
Essence de bois de Rhodes....	15

Cette poudre a la réputation de tonifier les seins.

Emploi de l'eau sulfo-carbonée dans la fièvre typhoïde.

Formé par la dissolution par agitation du sulfure de carbone dans l'eau, cet agent est préconisé par M. Dujardin-Beaumetz comme le meilleur désinfectant à employer dans la fièvre typhoïde. On prescrira la solution suivante :

Sulfure de carbone.....	25 gr.
Eau.....	500 gr.
Essence de menthe.....	XXX g.

A placer dans un flacon d'une contenance de 700 grammes. Agiter et laisser déposer.

On donnera huit, dix, douze cuillerées à bouche de cette eau par jour, en ayant soin de verser chaque cuillerée dans un demi-verre d'eau rougie ou de lait, et l'on recommandera au malade de remplacer l'eau dans la bouteille à mesure qu'il en prend.

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Coquetterie génitale !

La coquetterie est le désir de plaire.

Or de tout son corps, de toute son âme, la femme, réellement femme, brûle du désir de séduire.

Elle veut captiver l'homme ; car elle ne tarde pas en pareil cas, a être sa maîtresse.

Et toute la vie de la femme qui veut dominer qui veut être reine, ne se passe-t-elle pas à chercher l'homme qui se laissera subjuguer, l'homme qui saura obéir, et satisfaire ses mille fantaisies !

***

La coquetterie commence avec la pensée : dès qu'une petite fille raisonne, dès qu'elle comprend, sans s'en douter, par une secrète intuition qu'elle diffère du garçon, elle est créée coquette.

Non moins coquette, la femme qui a franchi les pénibles et terribles frontières de la ménopause, et qui est arrivée dans le calme pays de l'affranchissement génital.

Cette coquetterie des premières et dernières années de la vie, des crépuscules matinal et vespéral de notre existence se manifeste de différentes façons : chez la petite fille, c'est le chatoiement d'un joli costume ; chez la respectable douairière, un détail, un joli reste du temps passé, comme une belle blanche chevelure, une jolie main,

un beau diamant sur une oreille délicieusement taillée, et qui a entendu de gros secrets.

Entre ces deux âges extrêmes, pendant les courtes heures de notre épanouissement génital, pendant que l'Amour nous poursuit, nous harcèle, notre coquetterie à son summum de développement s'exerce d'une autre façon.

C'est justement sur cette zone génitale, centre des appétences masculines, que s'exerce le plus notre coquetterie.

Coquetterie de la vue, coquetterie de l'odorat, coquetterie de vêtements qui ornent le bosquet si estimé des gourmets, et sont gourmets tous ceux que travaille le sexe, toutes les coquetteries se trouvent là réunies.

Tous les matins, à sa toilette, une jolie femme consacre un long temps à préparer cette région aimée, juste convoitise du sexe masculin.

Elle le soigne avec un amour particulier, car elle sait que si son visage appartient à tous les gens qui pourront l'apercevoir, son bosquet génital est réservé à l'homme qu'elle aime, à celui vers lequel convergent toutes ses pensées, à celui auquel elle sacrifie toute son existence.

Aussi combien est-elle plus coquette de cette région que de son visage.

***

La femme est coquette de sa région génitale non seulement pour son mari ou son amant, mais aussi pour son médecin.

Elle ne veut pas que le médecin puisse explorer cette région intime et être désagréablement impressionné par cet examen.

Peu importe que pour instituer un traitement valable, telle ou telle constatation puisse être utile, elle veut avant tout que l'explorateur ne puisse un seul instant avoir la moindre sensation de dégoût pour cette région, vers laquelle doit converger toute l'appétence masculine.

Aussi toute femme qui va consulter son médecin et qui s'attend à un examen de ces régions, le soigne-t-elle d'une façon particulière, ne négligeant rien, pour les rendre aussi séduisantes que possible.

Elle n'ignore pas que la médecine seule doit être en question, que Cupidon sera absent, et que sa pensée même sera loin. Peu importe, la femme veut que son jardin secret soit tout de séduction, de coquetterie, l'ordonne, et tout l'arsenal de sa toilette sera mis en jeu pour obtenir le résultat désiré.

***

Quand une femme refuse de laisser explorer ses régions intimes, deux sentiments peuvent surtout la guider, d'une part la *pudeur*, d'autre part la *coquetterie*.

Si c'est la pudeur ; la femme ne veut pas montrer une région qu'elle est habituée à voir seule à l'abri de tout regard indiscret.

Si c'est la coquetterie ; un défaut quelconque ou un manque de préparation fait qu'elle se refuse à l'exploration de cette région intime qu'elle devine n'être pas propice à exciter le désir.

De ces deux sentiments, lequel entrera le plus souvent en jeu ?

Pour répondre à cette question, il faudrait établir une statistique bien délicate.

Mais si j'en crois la vraisemblance, je serais bien près de croire que, pour la Parisienne au moins, la coquetterie aurait la priorité.

N'allez pas croire pour cela que la Parisienne soit dépourvue de pudeur ; cette opinion est loin de ma pensée.

Je crois, au contraire, la Parisienne très pudique, et sa pudeur n'est pas de la fausse pudeur, comme par exemple celle de nos prudes voisines d'Angleterre ; mais, à mon avis, la coquetterie a encore plus de force sur elle que la pudeur.

Toutes et tous sont coquets dans Paris, Paris est essentiellement la ville qui cherche à plaire, et elle y réussit, car tous les étrangers l'adorent.

Ne vous étonnez donc pas si la Parisienne est coquette.

C'est la coquetterie, qui contribue à la faire aimer.

***

Mais j'entends d'ici quelque sombre moraliste se plaindre de cette coquetterie, et prétendre que la femme a mieux à faire qu'à s'abandonner à ce sentiment futile. Ce n'est pas avec la coquetterie qu'on arrivera à régénérer la France !

Oh l'ennuyeux et pédant moraliste, que vient-il faire ici ? Nous qui voulons la femme aimable, douce, coquette, aimante, nous qui lui demandons de venir embellir cette existence si grise, si morne, si plate, qu'avons-nous à faire de sa morale ?

Si, sous prétexte de morale, on chasse du théâtre ce qui amuse, de la rue ce qui fait rire, de la maison ce qui distrait, du roman ce qui est palpitant, et enfin de la femme ce qui est aimable, alors que nous restera-t-il pour nous consoler de l'existence. L'oraison funèbre de Bossuet et La Bible ???

Oh non, Femmes mes compagnes, restons coquettes, gardons mieux toutes nos coquetteries, et soyons persuadées que la France ne s'en régénérera pas moins pour cela, et que les hommes nous sachent gré de conserver ce qui embellit leur existence.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

OBSTÉTRIQUE

CAS RARE DE COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR UN KYSTE DERMOIDE,

Par M. le Dr Treub, d'Amsterdam.

L'observation que je viens vous raconter me semble être surtout, pour ne pas dire uniquement, intéressante à titre de curiosité.

Le 25 février je reçus du docteur Stolp, médecin dans un village dont je vous tairai le nom, afin de ne pas trop vous écorcher les oreilles, une tumeur accompagnée de la lettre suivante :

« L'année passée je fus appelé auprès d'une femme se plaignant de douleurs abdominales. Je lui trouvai une tumeur que j'ai diagnostiquée comme un kyste ovarien, de grandeur moyenne et avec un long pédicule. Je conseillai l'ovariotomie, mais la malade ne suivit pas mon conseil et ce n'est qu'hier que j'ai revu la malade, la sage-femme me faisant appeler chez elle parce que l'accouchement rencontrait des difficultés. L'examen de la parturiente, multipare de 34 ans, me fit trouver d'abord un ventre fortement en besace. La tumeur, qui se trouvait auparavant un peu à droite de la ligne médiane, parut être tout à fait refoulée et je crus la sentir à droite de l'utérus dans la fosse iliaque. La palpation fit connaître une présentation du sommet. Pas de bruits du cœur fœtal. La première chose que le doigt introduit dans le vagin constata fut une proéminence très forte de la paroi postérieure du vagin, surtout du côté droit. La tête, très haute, se présentait par l'oreille droite. L'introduction de la main entière me permit de constater que la partie supérieure de la tumeur n'était pas accessible et me donna en même temps l'occasion de corriger la position de la tête qui se trouvait en O.I.D.T. La poche des eaux était rompue depuis le matin, la tête se trouvait tellement fixée sur le détroit supérieur que la version ne pouvait plus être tentée. Je ne voulais pas appliquer le forceps, par crainte d'occasionner la rupture du kyste et je ne voulais non plus de la ponction pour ne pas courir les chances d'une infection. Puisqu'il n'y avait pas de danger immédiat, je résolus d'attendre. Mais, ce matin, l'état étant absolument égal à celui d'hier soir, il me fallut bien terminer l'accouchement. N'étant pas tout à fait sûr de la mort de l'enfant, je préférai l'application du forceps à la perforation du crâne, espérant de pouvoir faire passer la tête le long de la tumeur assez molle, que je crus être la partie inférieure d'un kyste dont la partie supérieure, la plus grande, se trouvait au-dessus du détroit supérieur. L'application du forceps fut dif-

ficile, mais elle me réussit. Les premières tractions ne firent avancer la tête que très peu, mais petit à petit la tête commença à descendre. En même temps la tumeur proémina de plus en plus, et elle se plaça entre les cuillers du forceps, sans qu'il me fût possible de la réduire. Je continue à tirer avec précaution lorsque tout à coup la tumeur sort de la vulve et roule par terre. La sortie de la tumeur s'est faite tellement vite que je n'ai pu voir de quelle manière elle s'est effectuée. La tumeur partie, l'extraction de l'enfant mort ne présenta plus de difficultés. »

La tumeur que je reçus de M. Stolp avec cette lettre était bien un kyste dermoïde assez flasque, dont le contenu pesait environ 650 grammes. A sa surface extérieure il porte un reste déchiré du ligament large.

A ma lettre demandant des nouvelles de l'accouchée et aussi s'informant de la déchirure vaginale que je croyais devoir s'être faite, M. Stolp me répondit que la malade allait assez bien, qu'elle avait eu un peu de fièvre et qu'il avait trouvé une déchirure du cul-de-sac vaginal postérieur, se recourbant du côté droit vers le col. De ce même côté il s'était formé une infiltration du ligament large.

Le 13 mars, j'ai eu l'occasion d'aller voir moi-même la malade, presqu'entièrement remise des suites de son accouchement anormal. Je lui trouvai une fente, oblitérée par des granulations, à direction transversale et située dans le cul-de-sac postérieur à un travers de doigt du col. Dans le cul-de-sac de Douglas, je sentis une résistance peu douloureuse, se propageant vers le côté droit et qui me sembla être produite plutôt par un épanchement de sang que par une infiltration inflammatoire. La guérison s'est maintenue depuis lors.

Voilà mon observation ; elle est en tous points analogue à celle de Haerting, publiée par Lomer et rapportée dans la thèse de M. Remy.

Je n'y ajouterai que quelques mots pour exprimer mon opinion sur la conduite à tenir dans des cas semblables.

Il me semble que, n'importe les conditions dans lesquelles l'on se trouve, la première chose à faire dans un cas pareil est d'essayer le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Nul doute que dans la plupart des cas cette manœuvre, faite sous chloroforme si besoin en est, réussira et dans le cas de M. Stolp en particulier, où le kyste était si mobile, il aurait réussi.

Mais si la réduction de la tumeur ne réussit pas, je crois qu'il importe de faire une distinction pour la conduite à tenir selon

qu'on opère dans une clinique bien aménagée ou bien dans les conditions plus ou moins défectueuses de la clientèle privée.

Dans un service hospitalier, la colpotomie postérieure et l'ablation de la tumeur, suivie de la suture exacte de la plaie vaginale, me paraît être la seule méthode vraiment recommandable sous tous les points de vue.

Mais le cas est tout autre dès qu'il s'agit de terminer l'accouchement dans une maison particulière, sans assistance suffisante et peut-être même sans que l'accoucheur ait au degré nécessaire l'habitude de ces sortes d'opérations. Dans ces conditions je conseillerais la ponction de la tumeur par le vagin. Moyen défectueux pour le traitement d'un kyste de l'ovaire, j'en suis parfaitement convaincu, mais pourtant je crois que c'est encore la méthode qui offre le moins de dangers tant pour la mère que pour l'enfant.

Dans les deux cas, après que le kyste a été soit enlevé, soit simplement vidé, il faudra faire l'opération obstétricale indiquée, et généralement ce sera une application de forceps qui répondra le mieux à l'indication de terminer l'accouchement dans ces circonstances. (*Soc. obstét. et gynécologique de Paris.*)

GYNÉCOLOGIE

KYSTES WOLFFIENS DE LA VULVE,

Par R. Pichevin et Léon Weber.

A côté des kystes par rétention, qui se produisent si fréquemment dans les nombreuses glandes de la vulve, il existe d'autres formations kystiques, très intéressantes au point de vue clinique et anatomique, qui peuvent tirer leur origines des restes atrophiés de la vie embryonnaire.

Nous avons vu presque simultanément à Necker, il y a deux ane, deux cas de kystes vulvaires, qui présentaient quelques caractères spéciaux. S'agissait-il dans les deux cas de productions kystiques d'origine Wolffienne ?

Cette question était d'autant plus intéressante à résoudre qu'elle touche un point encore controversé, celui de savoir si les restes persistants des canaux de Wolff peuvent s'observer au niveau du vestibule et donner lieu à des kystes analogues à certains kystes vaginaux. Aussi avons-nous fait photographier les parties génitales des deux malades qui avaient toutes les deux

du côté gauche un kyste vulvaire de volume à peu près semblable et avons-nous examiné, avec le plus grand soin, au point de vue histologique, les deux parois kystiques.

***

Les kystes congénitaux du vagin ne sont pas exceptionnels, à en juger par les cas publiés par Klebs, Schrœder, Poupinel, Johnston, Boursier, etc. Mais ce fut *J. Veit* (1867) (1) qui, le premier, a émis l'hypothèse que certains kystes vaginaux proviennent des vestiges du canal de Wolff. La théorie de Veit a été admise par tous les gynécologistes. Par contre, l'accord n'est pas fait, comme on le verra, sur l'origine des kystes développés au niveau du vestibule et de la partie supérieure de la vulve.

Dans cette note, nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire de tous les kystes développés au niveau de la vulve. Nous en éliminons un grand nombre pour n'en retenir que quelques-uns qui nous semblent offrir un certain intérêt au point de vue pathogénique.

Nous examinerons quelques observations de tumeurs kystiques qui semblent provenir des débris du corps de Wolff. A côté de ces tumeurs, il en est d'autres qui s'en rapprochent par leur siège, leur volume, leur aspect, leur évolution clinique, mais qui en diffèrent par la structure et par leur origine. Nous voulons parler des kystes développés aux dépens des canaux de Skene.

1° Kystes Wolffiens de la vulve.

A. Kystes à épithélium cilié.

Obs. I. (Personnelle.) — Marie P..., 48 ans, entre à l'hôpital Necker, service du Professeur Le Dentu, le 29 juillet 1896.

La malade a eu plusieurs enfants ; elle n'est plus réglée. Elle s'est aperçue, il y a six à huit ans, de l'existence d'une petite tumeur aux parties génitales. Peu à peu, sans douleurs, sans gêner le coït, la tumeur s'est développée et a atteint le volume d'une noix. Depuis quinze à dix-huit mois, elle s'est plus rapidement accrue et, bien que toujours indolore, gêne la marche.

Examen. — On constate que la malade porte, très proéminente, entre les grandes lèvres, une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de pigeon (4 cent. sur 5 cent.). Elle paraît, à première vue, située sur la ligne médiane ; mais un examen plus attentif montre qu'elle se trouve à gauche, occupant le tiers

(1) J. Veit. Handb. der Krankh. der Weibl. Geschl., 2e édit., 1867, p. 544, et *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, 1882, vol. 8, p. 471.

supérieur de la petite lèvre gauche qu'elle emplit entièrement et empiète sur le vestibule, entre le clitoris, refoulé à droite, et le méat, caché sous la tumeur. Le kyste ne s'étend pas dans la grande lèvre.

La surface de la tumeur, qui présente quelques varicosités, se trouve constituée par les téguments de la petite lèvre et, sans ligne de démarcation, à sa partie interne, par la muqueuse vestibulaire.

Le reste de l'appareil génital n'offre rien de pathologique : vulve flétrie, petite lèvre droite et 3/4 inférieurs de la petite lèvre gauche normaux ; utérus petit, un peu atrophié.

Opération le 30 juillet. — Incision des téguments en tranche de melon. L'énucléation, assez facile en avant, est plus difficile en arrière, le pédicule de la tumeur s'enfonçant assez profondément du côté de la branche ischio-pubienne, ce qui rend la décortication du kyste assez délicate. Sutures à deux plans. Réunion par première intention sans drainage. Guérison complète ; la malade sort de l'hôpital le 7 août, huit jours après son entrée.

Examen de la pièce. — Tumeur arrondie, à surface externe fibreuse, excepté au niveau de la tranche cutanée.

Le contenu un peu crémeux, mi-solide, blanchâtre, ne montre à l'examen microscopique ni cristaux de cholestérine, ni vésicules adipeuses. On n'y trouve aucun élément figuré.

L'*examen bactériologique*, pratiqué par M. Auguste Pettit, a été négatif. L'examen direct du contenu coloré au bleu de méthylène n'a montré aucune Bactérie. Les ensemencements sur gélose et dans le bouillon n'ont donné aucun résultat. Enfin l'inoculation au cobaye n'a amené aucune réaction.

Examen histologique. — Pièce fixée à l'alcool, montée à la paraffine, coupée en série, colorée à l'hématoxyline-éosine.

Les coupes ont porté sur plusieurs parties de la paroi kystique ; elles présentent donc certaines différences.

D'une manière générale la paroi du kyste est formée de trois portions distinctes :

1° Epithélium de la surface labiale ; 2° Stroma ; 3° Epithélium kystique.

1° *Epithelium de la surface labiale.* — Ne présente rien de particulier : épithélium pavimenteux stratifié du type malpighien ordinaire, reposant sur un chorion papillaire normal.

2° *Stroma.* — Tissu conjonctif lamelleux assez dense. Contient de nombreux vaisseaux normaux, mais entourés d'un manchon de

cellules embryonnaires. Cette infiltration leucocytique est surtout développée tout contre la limite interne du kyste, à la partie qui, nous le verrons, est dépourvue d'épithélium ; elle forme en cet endroit une nappe assez dense pour rappeler la constitution d'un follicule lymphatique. Ailleurs, on voit disséminés dans le stroma des nerfs nombreux et relativement volumineux ; ils sont normaux et accolés à des artérioles.

Nous n'avons malheureusement pas fait subir de coloration spéciale pour déceler des fibres musculaires lisses : le stroma porte bien des éléments nucléaires allongés, rappelant très bien les noyaux en bâtonnet de la fibre lisse ; mais, comme ils peuvent représenter des noyaux de cellules conjonctives aplaties, nous préférons ne pas affirmer l'existence de fibres lisses.

Au niveau de la paroi externe (labiale), dans le derme de l'épithélium malpighien, certaines coupes montrent une couche dense de glandes sébacées à l'état normal.

En somme, à part l'infiltration leucocytique, ci-dessus signalée, le stroma n'offre aucune lésion.

3° *Paroi interne du kyste.* — Cette paroi possède une structure assez complexe : elle présente une portion avec un revêtement épithélial, et une autre qui en est dépourvue.

Le revêtement épithélial, soit qu'il recouvre une surface plane ou bien qu'il tapisse de profondes plicatures, est assez complexe.

D'une manière générale, domine un épithélium cubique, superposé sur trois à quatre couches, avec cellules supérieures munies d'un plateau et recouvertes par endroits d'une nappe dense de *beaux cils vibratiles.* A un fort grossissement on constate que les cellules cubiques sont irrégulièrement disposées, peu différenciées entre elles, les unes allongées, les autres plus courtes, toutes munies d'un noyau arrondi ou ovalaire, situé à des hauteurs différentes. Il n'y a pas de membrane basale distincte, mais à la base de l'épithélium existe une traînée de cellules cubiques un peu séparées du reste de l'épithélium, très petites (1).

Ajoutons que partout où l'épithélium est cubique, cilié, sur deux ou trois couches, le chorion est normal, peu vasculaire, sans papulles.

Mais, si le recouvrement épithélial est cylindrique cilié dans la

(1) Kummel, dans un cas de Kyste Wolffien cilié du vagin, a signalé une traînée analogue. Ces cellules ne correspondraient-elles pas aux cellules basales que *Becker, Tourneux* et *Hermann* décrivent sous l'épithélium cylindrique cilié de l'épididyme ?

plupart des couches, sur d'autres il se présente sous une tout autre forme.

Sur certaines préparations on constate, en effet, qu'il est nettement *pavimenteux stratifié*, avec assise régulière de cellules basales, surmontées d'autres de plus en plus aplaties.

Ailleurs, à l'endroit où la paroi du kyste présente de profondes invaginations, l'épithélium est stratifié ; les cellules qui le composent ne sont pas pavimenteuses, mais polymorphes ; quelques-unes, les plus superficielles, sont muqueuses.

Toutes ces formes, épithélium stratifié, cubique cilié, épithélium pavimenteux stratifié, épithélium muqueux se retrouvent sur la même préparation et on peut suivre le passage de l'une à l'autre.

Faisant immédiatement suite à l'épithélium cubique cilié, et surmontant cette partie du stroma qui est infiltré, l'épithélium est tombé sur la majeure partie des coupes. Sur certaines d'entre elles on en peut reconnaître la cause : il reste, en effet, accolé directement au stroma. Quelques cellules ayant subi une complète dégénérescence.

Des fragments de cette partie de l'épithélium ont été spécialement colorés à la méthode de *Benda* après avoir été fixés au liquide de *Linsday*.

Toute la couche épithéliale est considérablement épaissie et a subi entièrement la dégénérescence fibro-graisseuse.

A un fort grossissement on constate que les cellules épithéliales sont dissociées soit par des faisceaux fibreux venant du stroma et colorés en bleu, soit par une masse de dégénérescence amorphe qui comble les vides laissés par les fibres et les cellules.

Les cellules épithéliales sont pour la plupart transformées en masses vésiculeuses, dont le protoplasma porte des particules graisseuses sous forme de grains noirâtres. Le noyau reste arrondi, encore nettement visible, portant un ou deux nucléoles bien colorés par la safranine. D'autres cellules ont perdu leur enveloppe et le contenu s'est déversé au dehors.

Par endroits, entre les cellules dégénérées, existent des noyaux de cellules jeunes, petites, arrondies, à noyau coloré en rouge brillant par la safranine.

Disons, pour terminer, que, en outre de la portion du kyste où l'épithélium est tombé par suite de la dégénérescence que nous venons de décrire, il existe une autre portion qui paraît en être primitivement dépourvue et où le stroma lui-même limite l'intérieur du kyste. La démarcation entre la portion épithéliale et la portion nue est très nette et on ne saurait ici invoquer une

chute accidentelle ou pathologique. En effet, l'épithélium, au lieu de se couper simplement, se contourne en un véritable peloton qui vient s'enchâsser dans le tissu conjonctif ou bien diminue peu à peu de hauteur et se perd insensiblement dans la profondeur du stroma.

Il semblerait donc que, sur certaines parties du kyste, on ait affaire non à un revêtement épithélial continu, mais à de véritables plaques ou à des caps épithéliaux limités d'avec le stroma nu par un pourtour bien tranché.

Comme conclusion :

Kyste à parois mi-parties nues, mi-parties revêtues d'un épithélium sur chorion sans papilles, peut-être avec fibres musculaires lisses. Épithélium variable, surtout cubique, stratifié, cilié, mais aussi pavimenteux stratifié ou stratifié muqueux (1).

Cas de Lagrange (2). — Kyste ayant mis sept ans à se développer, situé à la partie moyenne de la grande lèvre droite, poussant un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

Excision. Contenu liquide, blanchâtre, laiteux.

Examen histologique. — Paroi conjonctive contenant quelques rares fibres musculaires lisses. Epithélium double : cubique, sur deux ou trois couches, cilié dans la partie profonde de la tumeur ; pavimenteux stratifié dans sa portion franchement labiale.

Cas de Mertz (3). — Kyste du volume d'un œuf d'oie de la grande lèvre droite, ayant mis 25 ans à se développer sans que la malade ait jamais ressenti de douleurs. La tumeur s'étend jusque sous la symphyse pubienne et bombe dans le vagin.

Examen histologique. — Une couche d'étroites cellules en forme de coin, munies d'un plateau portant de magnifiques cils vibratiles.

Cas de Kümmel (4) (1er *cas*). — Jeune fille de 15 ans porte à la petite lèvre un kyste de 4 centimètres de diamètre, transparent.

Excision.

Examen histologique. — Epithélium de plusieurs rangs d'é-

(1) Voir pour les détails et la bibliographie : Léon Weber, Thèse de Paris, 1898.

(2) Lagrange. Kyste congénital de la grande lèvre. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1883.

(3) Mertz. Thèse de Breslau, 1885.

(4) Kümmel. Ueber Cystische Bildungen in der Vagina. *Arch. f. pathol. Anat.*, 1888, vol. 114, p. 425.

troites cellules, dont les superficielles portent une rangée de longs et fins cils.

2e *cas.*— Petit kyste de la petite lèvre, à contenu caséeux blanchâtre. Epithélium plat, sur une seule couche, portant des *cils vibratiles* nombreux et puissants.

Cas de Mme Ulesko Strogonova. — Petit kyste situé à la partie inféro-latérale de l'hymen, derrière lequel existe un second enchâssé dans la paroi vaginale.

Contenu foncé, hématique.

Examen histologique. — Chorion conjonctif, sans fibres lisses pour le kyste hyménéal, avec fibres lisses pour le kyste vaginal. Epithélium cubique, d'une seule couche de cellules portant sur un plateau des cils biens distincts.

Tels sont les six cas de kystes à épithélium cilié de la vulve que nous avons pu colliger.

Quelle peut être l'origine de ces kystes à cellules ciliées ? La première idée que fait naître leur structure complexe est qu'ils sont de nature congénitale et non de simples kystes glandulaires par rétention, assez fréquents dans cette région. Mais trouve-t-on à la vulve des restes fœtaux susceptibles de donner lieu à un kyste ?

Le canal de Wolff seul peut être incriminé. On sait que le canal de Wolff persiste normalement chez la femelle adulte des Rongeurs et des Ruminants sous forme de petits canaux qui, du parovaire vont, le long des parois utérines et vaginales, se terminer de chaque côté de l'orifice uréthral (*Gartner Kobelt*, *Follin*. *Bl. Sutton*) et prennent le nom de l'anatomiste danois, Gartner, qui le premier en fit une étude complète.

Les canaux de Gartner furent trouvés dans l'espèce humaine par *Beigel* et *Dorhn* chez le fœtus, par *Fischel*, *Rieder*, *Debierre*, etc., chez la Femme adulte. Tous les auteurs croient actuellement à la possibilité de leur persistance jusqu'au col utérin. Mais ici naissent les divergences : les uns admettent, avec *Freund*, *Kechs*, *Debierre*, *Kossmann*, que les canaux de Gartner peuvent persister dans leur portion vaginale et venir se terminer dans le vestibule aux alentours du méat urinaire ; les autres, avec *Beigel*, *Dorhn*, *Max Suller*, *Tourneux*, *Nagel*, nient cette terminaison vestibulaire et disent que les canaux décrits par les auteurs précédents sont ceux que *Skene* a découverts en 1883 et qui représentent probablement les canaux excréteurs des glandules prostatiques de Max Schüller.

Cependant trois ordres de faits paraissent plaider en faveur de

la possibilité d'une terminaison vestibulaire des canaux de Gartner : les uns tirés de l'anatomie comparée, d'autres qui sont empruntés au développement, les derniers enfin qui sont d'ordre clinique.

L'anatomie comparée montre, en effet, que chez les animaux où l'existence du canal de Gartner est la règle (Vache, Truie), ce canal vient se terminer de chaque côté du méat urinaire.

L'embryologie indique que les canaux de Wolff, futurs canaux de Gartner, viennent primitivement se terminer à la portion supérieure du sinus uro-génital, un peu au-dessus de l'endroit où plus tard viendront s'aboucher les canaux de Muller, futur vagin. Par conséquent, si le canal de Wolff persiste dans sa portion inférieure chez l'adulte, il viendra se terminer dans l'une des parties des organes génitaux externes dérivés de la partie supérieure du sinus uro-génital, c'est-à-dire, suivant les classiques, le vestibule, le pourtour du méat et du vagin, auquel on ajoutera, avec *Pozzi* d'hymen, et, avec *Retterer*, une partie de l'extrémité inférieure du vagin et de l'urèthre, ainsi que la cloison uréthro-vaginale.

La *clinique* enfin montre plusieurs faits de persistance *in toto* de canaux de Gartner chez l'adulte : Cas de *Realdus-Colombus* (1559), cas de *Fürst*, mais surtout cas de *Lawson Tait*, d'*Aman Routh* et de *Skene*, dans lesquels ces auteurs virent se terminer soit de chaque côté de l'urèthre (Lawson Tait), soit dans l'urèthre même (Skene) de petits canaux qui laissent s'écouler un liquide clair.

Parmi ces cas, le plus intéressant et le plus démonstratif est celui de *Skene* (1). Il s'agissait d'une femme parfaitement bien portante et dont la seule maladie consistait en un écoulement incessant par l'urèthre d'un liquide incolore, inodore, mais assez abondant pour la forcer à se garnir le jour comme la nuit.

La miction se fait bien, le liquide n'est pas de l'urine. Après de longues recherches et en examinant un jour le canal uréthral au moyen du cystoscope, Skene réussit à voir un jet de liquide fin comme un cheveu, jaillissant d'un tout petit orifice situé dans la paroi supérieure de l'urèthre. Le jet put être arrêté par la pression du cystoscope, mais se reproduisit aussitôt que la pression

[illegible] uvant plus retrouver l'orifice, Skene passa une ligature [illegible] e dans toute la paroi uréthro-vaginale. L'écoulement ces- [illegible] toute la paroi supérieure du vagin se tuméfia dès le len- [illegible]. Skene fit une incision juste derrière la ligature, il sortit

[illegible]KENE A singular Case of Patency of a Gartner's Duct. (*Medical Re-* [illegible] 1896, p. 692.)

un liquide clair et réussit à sonder par le vagin le canal lui-même : la sonde put pénétrer jusque dans la région du parovaire. L'écoulement persista pendant quelque temps et ne cessa qu'à la suite d'injections irritantes.

Ce cas était d'autant plus intéressant pour Skene, qu'il confirmait son opinion que les canaux de Gartner sont absolument différents des conduits des glandes uréthrales découvertes par lui et qui portent son nom. Chez sa malade on trouvait à la fois et les canaux de Gartner et les canaux dits de Skene.

Enfin, *Klein et Groschuff* virent un canal de Gartner persister chez une fillette et se terminer au niveau de l'hymen ; ils purent suivre tout son trajet au moyen de coupes en séries.

Il résulte des considérations précédentes que les canaux de Wolff-Gartner peuvent, en cas de persistance inférieure, se terminer à la vulve, à la partie supérieure de l'une quelconque des formations provenant du sinus uro-génital, et que par conséquent ils peuvent donner lieu à des kystes wolffiens de la région.

(*A suivre.*)

DE L'ACTION ANTISEPTIQUE DES EAUX THERMALES NATURELLES HYDRO-SULFURÉES (ACIDE SULFUREUX A L'ÉTAT NAISSANT) SUR LES MUQUEUSES EN GYNÉCOLOGIE.

Par le Dr M. Odin,

Médecin à Saint-Honoré, Chevalier de la Légion d'Honneur.

C'en est fait ! En matière d'indications hydro-minérales le glas de l'individualisme a sonné. Il était temps du reste d'en finir avec cette course au clocher des stations entre elles pour décrocher la timbale. Au nom de l'observation clinique, cette question si importante de thérapeutique thermale se réduisait presque à une question d'empirisme demi-scientifique. C'est du même principe que se réclame l'hydrologie moderne ; mais à la condition que ses données souvent trop incertaines et peu précises soient corroborées par celles que fournissent la chimie biologique et la bactériologie moderne, comme nous chercherons à le démontrer. Plus exigeante et plus rigoureuse elle part de deux grands principes qui, on peut le dire, constituent des lois en la matière.

1° Les eaux minérales constituent des médicaments naturels et agissent comme tels.

2° Les eaux de composition chimique similaire ont les mêmes indications et aussi les mêmes contre-indications.

De là le principe de la généralisation en matière de thérapeutique thermale. Pour la médecine générale, c'est au docteur Jules Simon que revient l'honneur d'avoir, dans ses leçons si appréciées s

du corps médical, établi les bases de l'hydrologie rationnelle et vraiment scientifique. Suivant leur nature, leur composition chimique, il a groupé et distribué les eaux minérales en classes, chacune d'elles ayant ses indications et contre-indications, et, dans chaque classe, l'une pouvant remplacer une ou plusieurs autres sinon complètement, du moins très approximativement similaires, pour l'élément principal qui les caractérise : l'observation clinique corroborant cette manière d'envisager la question en fournissant des données conformes.

En matière de gynécologie hydrologique, le principe de la généralisation a été adopté et consacré de l'autorité de leur nom et de leur personnalité par des maîtres en la matière : professeur Pinard, Labadie-Lagrave et Legueu (Traité de gynécologie), Ozenne Manuel de Thérapeutique gynécologique), professeur Budin, Lutaud, etc., etc.

Des eaux sulfureuses en gynécologie. — La classe des eaux sulfureuses est une des plus importantes, tant par leur activité et leur efficacité que par la fréquence, le caractère des cas pathologiques qui en sont justiciables et la précision de leurs indications et contre-indications. En raison même de la thèse que nous soutenons, la généralisation des indications, qui ne peut s'appliquer qu'à des éléments médicamenteux semblables pour en obtenir des effets semblables, il est très important de préciser que par eaux sulfureuses il s'agit du groupe des eaux hydro-sulfurées contenant de l'hydrogène sulfuré soit à l'état libre, soit sous forme de combinaison à l'état de sulfure, soit sous les deux états, comme c'est le cas le plus fréquent. Cette distinction est d'autant plus nécessaire que c'est uniquement sur le fait d'une réaction chimique naturelle identique que s'appuie notre démonstration, à savoir : la production de l'*acide sulfureux à l'état naissant.*

Nous considérerons dans l'action des eaux sulfureuses naturelles deux modes distincts dus aux principes sulfureux constitutifs :

1° Une action topique antiseptique modificatrice et curative ;

2° Une action générale, excitante, stimulante et résolutive.

Pour le premier cas il y a à considérer l'état de la muqueuse, toutes les fois qu'elle est atteinte d'inflammation ou phlogose chronique, comme c'est le cas dans les métrites, endométrites, cervicites. Cette dénomination pourra paraître bien vague relativement aux données que fournit la bactériologie que nous examinerons sommairement. Rappelons d'abord qu'il y a quelques années seulement, avant l'avènement des doctrines microbiennes, l'inflammation était caractérisée par la distension vasculaire avec stagnation des globules rouges, exsudation, émigration des leucocytes sortant par diapédèse des espaces où ils sont contenus, leurs cadavres étant destinés à la formation du pus ; c'est la théorie vasculaire de

Virchow et Cohnheim par opposition à la théorie cellulaire ou de formation par genèse qui tendit vainement à se substituer à elle

Depuis sont venues les doctrines microbiennes qui ont démontré que, dans les cas les plus fréquents de phlogose de la muqueuse, le processus était caractérisé par la présence de petits diplocoques, du staphylocoque aureus notamment, accompagnés quelquefois de microbes pyogènes, tels que le staphylocoque blanc et oranger du bacille capsulé de Friedlander, et dans les cas plus caractérisés du streptocoque.

Quelle que soit la genèse adoptée de l'inflammation, l'hydrogène sulfuré agit comme un topique puissant sinon directement par lui-même, mais par sa transformation naturelle en acide sulfureux à l'état naissant.

Cette réaction est établie rigoureusement par les doctrines chimiques, comme le montre la formule : $HS + 2\,HO = SO^2 + H$.

Elle est démontrée, en outre, par l'observation de faits usuels qui sont absolument concluants, cités par Riche comme preuve irréfutable et corroborante.

Il suffit en effet d'observer dans les cabinets de bains sulfureux, les linges qui ont été exposés un certain temps aux vapeurs d'hydrogène sulfuré pour constater qu'ils prennent cette coloration blanche particulière à l'acide sulfureux, très employé, comme on le sait pour le blanchiment, en raison de ses propriétés décolorantes. De plus, ils sont littéralement brûlés, sont devenus friables et s'effritent sous la moindre traction : c'est que l'acide sulfureux a continué à s'oxyder et à se transformer en acide sulfurique, corps éminemment destructeur, comme nous le savons, de tout tissu.

Cette réaction a lieu toutes les fois qu'il y a de l'hydrogène sulfuré en contact ou en présence de l'eau : de là la production de l'acide sulfureux à l'état naissant. On sait que tous les corps gazeux, qui participent à ce mode de genèse, sont doués d'une puissance et d'une activité bien supérieures. Il suffit de rappeler ce qui a lieu pour l'oxygène dans les mêmes conditions.

Ainsi s'explique, pour le corps qui nous occupe, l'acide sulfureux, la puissance de son action microbicide. Il occupe un des premiers rangs dans l'échelle des antiseptiques. Comme preuve de cette puissance microbicide, il suffit, au point de vue pratique, de rappeler tout le parti qu'en a retiré le Professeur Guyon, pour la stérilisation des sondes et bougies affectées au cathétérisme dans son service de l'hôpital Necker. Il est donc établi que cet agent chimique, surtout *à l'état naissant*, ce qui est le cas particulier aux eaux hydrosulfurées naturelles, est un puissant microbicide pour la plupart des microbes, particulièrement ceux de la première catégorie, qui constituent l'élément bactériologique dans les états pathologiques des muqueuses que nous avons en vue ; il en est qui résistent comme le bacille de la tuberculose, du moins aux doses thérapeutiques, car pour quelques-uns d'entre eux comme ce dernier, ainsi

qu'on l'a dit très justement, pour viser le bacille, il faudrait tuer l'individu.

Là ne se borne pas le rôle de l'acide sulfureux. Nous avons vu plus haut que ce corps est peu stable. Après avoir rempli son rôle comme antiseptique, en raison de sa grande affinité pour l'oxygène, il s'oxyde et devient acide sulfurique SO^3HO, qui est aussi, comme on le sait, un antiseptique de même nature, et en outre un cathétérétique de la muqueuse produisant une phlogose nouvelle de transition et substitutive.

Ceci est vrai pour toutes muqueuses atteintes de phlogose chronique quelles qu'elles soient, car de même que la bactériologie révèle la présence des mêmes éléments à des degrés plus ou moins intenses et complexes, de même elles sont justiciables des mêmes éléments modificateurs et thérapeutiques, comme l'acide sulfureux. Cette identité de caractérisation microbienne a permis, en effet, de conclure par induction ou déduction, comme c'est le cas pour les états chroniques des muqueuses en gynécologie, ce qui a été confirmé par l'observation clinique. De là le principe de la généralisation, qui tend de plus en plus à être adopté par le corps médical et a été consacré, en quelque sorte, comme nous l'avons vu plus haut. Il en est autrement pour les gens du monde. Sous forme d'une pochade : « La Gynécologie hydrologique des salons », qui a eu les honneurs du rez-de-chaussée de ce journal (27 juin 1897, Feuilleton), nous avons cherché à établir la surprise, l'ahurissement véritable que leur cause le principe de la généralisation des indications hydro-minérales pour des organes si dissemblables. Encore faut-il ajouter que cet état d'esprit ne dure pas longtemps, tant est grande la facilité d'assimilation pour les choses de la médecine en général et de l'hydrologie en particulier.

Action générale des sulfureux.

D'une manière générale et en matière de thérapeutique gynécologique, d'après le principe adopté que les eaux minérales sont des médicaments naturels et ont les propriétés de leurs principaux éléments consécutifs, il y a à considérer l'action générale qui, elle aussi, pour les eaux sulfurées, est due à l'acide sulfureux dont elles ont les propriétés physiologiques et thérapeutiques, qui se traduisent par une action excitante : elle se révèle par une excitation de la circulation, un pouls plein, avec tendance à des transpirations profuses quelquefois, ou certain degré de vultuosité de la face, des éruptions de la peau. Quelquefois ces symptômes sont très intenses et constituent la fièvre thermale qui est plus ou moins caractérisée, car, avec la précaution de débuter par de faibles doses et progressives, elle se trouve très atténuée. Les eaux sulfureuses, en activant la circulation, favorisent la reprise des exsudats produits des processus inflammatoires.

Cette action des sulfureux comporte encore un élément d'ac-

tion : c'est leur élimination par les muqueuses, comme l'a démontré Cl. Bernard pour la muqueuse respiratoire. En effet, ingérés dans l'estomac, ils sont absorbés, dans l'intestin passent dans le torrent circulatoire par le système de la veine-porte et s'éliminent par les muqueuses et la peau, très souvent sur la fin de la cure. Ce fait est mis en évidence par l'odeur sulfureuse très prononcée qui imprègne le linge et qui est un des indices de saturation.

Enfin, il y a lieu, pour l'action générale en gynécologie, en outre de la part qui est due aux principes sulfureux, de considérer celle qui revient à d'autres éléments que les sulfureux et qui bien souvent aussi sont communs, mais à des doses différentes. A Saint-Honoré, notamment, la présence de l'arsenic du fer, du manganèse, non pas à l'état de traces, mais à des doses vraiment thérapeutiques (Analyse Personne), est un élément thérapeutique précieux. Les affections chroniques en gynécologie étant toujours sous la dépendance d'un état herpétique ou constitutionnel, cette action générale due aux principes sulfureux et aux autres éléments constitutifs est de la plus haute importance ; elles sont, en effet, justiciables de trois grands modificateurs ou reconstituants : soufre, arsenic, fer et manganèse.

Indications. — Contre-Indications.

De ce qui précède il est facile de déduire les indications et contre-indications des eaux sulfureuses, données qui sont confirmées de tous points par l'observation clinique.

Elles sont indiquées dans tous les états de phlogose chronique des muqueuses (*métrites chroniques*, *endométrites*, *métrites parenchymateuses*, *cervicites*) dans tous les cas où il y a lieu de modifier l'état anatomique lorsqu'elles présentent un aspect ardoisé avec sécrétion de liquide abondant séreux. A ce degré, l'épithélium cylindrique n'existe plus ; il y a boursouflement de la muqueuse du col, excoriation, sécrétion d'un liquide muco-purulent avec hypertrophie des papilles et saillies granulées.

Elles sont encore indiquées lorsqu'il y a des troubles fonctionnels, tels que la dysménorrhée, l'aménorrhée chez les jeunes filles, avec torpidité de l'état général, misère physiologique ; dans tous les cas où se présente l'indication d'une action excitante stimulante et résolutive.

Elles sont contre-indiquées pour tous les états subaigus avec réaction générale pour les fibromes, parce qu'elles disposeraient aux hémorrhagies ; dans tous les états pour lesquels l'action excitante est contraire.

En résumé : Les eaux sulfureuses naturelles pour leurs applications de thérapeutique gynécologique ont les propriétés de leurs principaux éléments constitutifs.

On leur distingue une action locale, modificatrice, antiseptique

due à l'acide sulfureux *à l'état naissant*, particularité qui en exalte les propriétés comme pour tous les corps gazeux qui se trouvent dans les mêmes conditions de genèse.

Une action générale excitante et reconstituante due au même principe, ainsi qu'aux autres corps minéralisés qui l'accompagnent.

Elles ont les propriétés physiologiques et thérapeutiques de leur principal élément, ainsi que ses indications et ses contre-indications.

Nous croyons fermement que cette manière d'envisager l'hydrologie gynécologique, reposant sur des données précises et concordantes, est vraie, rationnelle et consciencieuse : ce que nous soumettons à l'appréciation autorisée du corps médical à une époque où le curetage n'a pas complètement répondu aux espérances qu'il avait fait naître.

VENTOUSE MAMMAIRE,

Par le Dr Dumas, de Lédignan.

La ventouse mammaire m'a rendu de vrais services dans les affections suivantes : 1° vomissements incoercibles de la grossesse ; 2° débilité chez la jeune fille à l'époque de la puberté ; 3° chlorose à tous les âges ; 4° et, enfin, dans le développement rudimentaire du sein, ce que j'appellerai le sein infantile.

Sans entrer dans des considérations physiologiques qu'on trouverait, peut-être, étrangères à mon sujet, il me sera permis de faire observer combien sont profondes, intimes, les sympathies qui unissent les mamelles et les organes génitaux de la femme. Il y a là une corrélation fonctionnelle qui semble bien prouver l'existence de centres trophiques communs, et dont il serait facile de citer de nombreux exemples. Je me bornerai à ceux-ci :

C'est à l'époque de la puberté, quand l'appareil génital entre en scène, qu'on voit le sein soulever la peau en demi-sphère, s'émanciper du milieu où il dormait depuis la naissance.

Désormais, à l'époque des règles, et plus tard pendant la grossesse, on verra le sein refléter tous les phénomènes physiologiques dont le système utéro-ovarien sera le siège.

L'influence réciproque du sein n'est pas moins évidente : toute excitation du mamelon se reproduit aussitôt sur l'appareil génital chez la femme nubile, et plus tard, à l'époque de la ménopause, quelques femmes atteintes de tumeur de la mamelle ont vu leurs règles revenir au moment où des poussées se faisaient dans la tumeur : illusion de la nature qui prend pour un regain de

jeunesse ce bourgeonnement morbide. L'instinct, du reste, ne s'y est jamais trompé : On peut affirmer que l'admiration que tout homme éprouve pour une belle gorge ne relève pas toujours d'un sentiment purement esthétique.

Cela admis, ou plutôt rappelé, on est porté à se demander pourquoi on n'a jamais cherché à tirer parti, en thérapeutique, des réactions que ces deux organes, — utérus et sein, — exercent l'un sur l'autre et sur tout l'organisme. A-t-on obéi à ce sentiment de fausse pudeur qui, si longtemps, en France, a fait rejeter les divers procédés de massage génital ? peut-être ; est-ce plutôt oubli, inattention ? j'inclinerais à le croire. Quoi qu'il en soit, le moment me semble venu de demander, sinon à l'utérus, du moins à la mamelle, tous les services thérapeutiques qu'elle peut rendre, et cela sans danger pour elle-même, et sans que la pudeur — je parle de la vraie — puisse jamais se sentir offensée.

Il est bien évident que le moyen employé pour accroître l'irrigation et l'innervation du sein, et mettre ainsi en jeu son action sur l'utérus et par celui-ci sur tout l'organisme, devra être inoffensif pour cet organe, respecter ses fonctions, sa forme, sa beauté. Tel est le problème qui s'impose et que ma ventouse me semble avoir résolu. Il y a plus, non seulement la beauté plastique du sein n'a rien à craindre de l'emploi de cet instrument, mais dans bien des cas, comme nous le verrons tout à l'heure, il favorise son développement et active, peut-être, sa fonction nourricière.

Cette ventouse, telle que je l'ai réalisée, après de nombreux tâtonnements, se compose d'un corps semi-sphénoïdal destiné à englober le sein et d'une poire aspiratrice pour faire le vide. Le contour inférieur du corps de la ventouse, pour se mouler sur le thorax de la femme, de la femme maigre surtout, ne doit pas avoir la forme d'une circonférence parfaite : la partie qui entoure la demi-circonférence externe du sein doit se prolonger en un arc-de-cercle dont la corde a 0,01 cent. 1/2 environ, afin d'atteindre la paroi du thorax qui, dans ce point, fuit, devient latérale. Sans ce prolongement, l'adaptation de la ventouse sur le thorax serait imparfaite, le vide ne se produirait pas. Il est mieux que la ventouse ait une hauteur telle que, même pendant l'aspiration, le mamelon ne puisse venir frotter sur le fond. Dans ce même ordre d'idées, on se demandera, peut-être, si la ventouse, même éloignée du mamelon, ne pourrait pas, en congestionnant le sein, éveiller chez la jeune fille ce qu'une bonne éducation s'efforce de laisser dormir. Qu'on se rassure, la ventouse produit un peu d'engourdissement du sein, un peu de douleur sur son

pourtour, *et rien de plus* ; une jeune femme mariée et une jeune veuve, interrogées sur ce point délicat, ont fait la même réponse.

On peut, dans tous les états que je passerai bientôt en revue, ne faire usage que d'une ventouse dont on coiffe successivement les deux seins, mais il vaut mieux se munir de deux ; outre l'économie de temps, les effets obtenus m'ont toujours paru plus rapides et plus évidents.

Rien à dire sur la poire aspiratrice qui sert à faire le vide.

Il faut cesser l'aspiration dès que la poussée du sein devient douloureuse. J'ai toujours fait appliquer la ventouse le matin, avant le lever, et l'ai laissée en place de 20 à 30 minutes. La durée du traitement a varié de 3 semaines à six mois, suivant les états qu'il s'agissait de combattre.

Le volume du sein, si différent chez la toute jeune fille et chez la femme enceinte, m'a mis dans la nécessité de créer trois types de ventouse.

1° *Vomissements incoercibles de la grossesse.*— Les cas sont heureusement peu fréquents, car le pronostic est toujours très grave et pour la mère et pour l'enfant ; au cours des quinze derniers mois j'ai eu deux fois l'occasion d'employer ma ventouse, et chaque fois avec un succès complet.

2° *Débilité chez la jeune fille à l'époque de la puberté.* — Inutile de donner ici les observations que j'ai pu réunir, elles se ressemblent toutes : c'est toujours la jeune fille plutôt grande, mince, pâle, à l'œil agrandi par l'amaigrissement de la face, mais au regard terne, à la physionomie peu expressive. Tout exercice l'essouffle, la fatigue, éloigne parfois le sommeil, et c'est l'exercice qu'on lui impose. L'appétit est languissant, la digestion lente, la constipation fréquente. Et le moral est atteint, des idées noires hantent ce jeune cerveau, tous les jours le désenchantement l'envahit.

Toujours l'emploi de ma ventouse a activé les effets du traitement, donné un coup de fouet salutaire, abrégé considérablement la durée de cet état, qui n'est plus la santé et n'est pas encore la maladie.

3° *Chlorose.* — Nous sommes loin de l'époque où toutes les chlorotiques étaient gorgées de fer ; on commence à s'apercevoir que, chez quelques-unes, il en faut peu, et chez d'autres pas du tout, sous peine de voir leur état s'aggraver. Chez toutes je me suis bien trouvé de joindre l'emploi de la ventouse aux divers moyens qui me semblaient indiqués, et chez l'une, dont je vais

résumer l'histoire, la ventouse a réussi alors que tous les traitements, employés depuis six ans, avaient échoué :

Mlle X..., 22 ans, brune, de taille moyenne, au teint pâle et terreux, d'une assez bonne constitution, vit ses premières règles à l'âge de 17 ans. Un an avant, sa santé toujours bonne jusqu'alors, commença à fléchir : elle ne s'alita jamais, mais elle était pâle et faible, avait peu d'appétit, digérait mal, et, à la moindre fatigue, était vite oppressée, se sentait défaillir. Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier : le père et la mère sont bien portants ; sa sœur, un peu plus âgée qu'elle, est bien réglée, pas du tout chlorotique.

Tous les médecins, successivement consultés, diagnostiquèrent la chlorose et prescrivirent les amers, les ferrugineux, les bains de mer, etc., etc.

Un peu d'amélioration se dessina à 17 ans, époque où les règles apparurent pour la première fois, mais depuis lors et jusqu'à ce jour elles ne revinrent que tous les trois ou quatre mois, et ne donnèrent jamais qu'un sang décoloré et peu abondant. C'est au commencement de décembre dernier que je conseillai l'emploi de la ventouse. Elle fut appliquée tous les matins, pendant 25 minutes, sur chaque sein. Un mois après, dans les premiers jours de janvier, la jeune fille avait repris quelques couleurs, l'appétit était meilleur et le retour des forces sensible. Maintenant c'est la guérison : appétit, digestion, respiration, état des forces, règles, etc., etc., tout est normal, rien ne cloche.

4° *Développement rudimentaire du sein, sein infantile.* — Sans qu'il soit possible de fixer la limite exacte qui sépare le sein petit, rudimentaire, du sein normalement développé, chacun sait très bien, à la vue d'une gorge, dans quelle catégorie il faut la placer. A plus forte raison est-il inutile de décrire le sein infantile. C'est le sein d'une enfant sur la poitrine d'une jeune fille ou d'une femme mariée. Le mariage, en effet, quand il n'est pas fécond, modifie peu le volume du sein, presque toujours il reste après ce qu'il était avant : mal venu, atrophié, infantile.

Ici, le traitement doit être longtemps continué, deux à quatre mois suffisent rarement, le plus souvent il faut cinq à six mois. Mais, qu'on se rassure, le sujet est à l'abri du découragement, il suffit de lui faire connaître le but que l'on poursuit, pour n'avoir plus à craindre la moindre défaillance. C'est pendant trente minutes, environ, que la mamelle devra rester, tous les matins, sous l'action de la ventouse, et, autant que possible, sans un seul jour d'interruption, *même pendant les règles*. Inutile d'ajouter

que, pendant la durée du traitement, je ne m'interdis pas de remplir les indications qui se présentent : les amers, les toniques, l'exercice au grand air, les bains de mer, etc., etc., sont, chez les personnes faibles, de précieux adjuvants que je n'ai garde de dédaigner. Au cours de cette année, il ne s'est présenté qu'un seul cas où il m'ait été possible d'employer la ventouse, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, non encore réglée, mais bien portante, normalement musclée, plutôt grassouillette, et pas du tout anémique. La mère avait été réglée à 19 ans, s'est mariée à 21 ans, et n'avait jamais eu, pendant ses trois grossesses, que des mamelles fort peu développées ; elle avait dû mettre tous ses enfants en nourrice. Vers la fin du second mois de l'emploi de la ventouse, les règles apparurent, furent normales, au sang bien coloré, et revinrent régulièrement depuis lors. A ce moment, Mlle X... sentit très bien, dit-elle, qu'une poussée se faisait vers le sein. Au cinquième mois, le traitement fut suspendu, le sein avait acquis un volume normal : il était ferme, arrondi, bien saillant.

Il ne m'est pas possible de dire, même approximativement, jusqu'à quel âge la ventouse peut être employée avec succès dans les cas de sein infantile ; ce que nous savons des relations profondes qui unissent les mamelles à l'appareil génital, m'autorise à penser que l'action de cet instrument doit aller, en s'atténuant, de la puberté à la ménopause.

Ce n'est guère qu'à la fin de l'adolescence, à l'aube de l'âge nubile, que je l'ai employé jusqu'ici, mais je crois que plus tard, jusqu'à trente ans, peut-être, les effets obtenus seraient de nature à en encourager l'emploi.

Bien plus, si j'en juge par le seul cas qu'il m'ait été donné de traiter, la ventouse mammaire rendra de grands services contre la *flaccidité* du sein jusqu'aux environs de la quarantaine.

Une question bien importante se pose maintenant : une mamelle plus développée, ferme et arrondie donnera-t-elle, plus tard, un lait plus abondant et de meilleure qualité ? Il est permis de l'espérer, mais qui oserait affirmer qu'il en sera toujours ainsi, quand on sait que certaines femmes à la gorge opulente n'en sont pas moins de médiocres nourrices.

L'expérience nous dira plus tard quelles sont les indications auxquelles peut satisfaire la ventouse mammaire dans les maladies aiguës et chroniques du système utéro-ovarien. Les quelques données incomplètes que je possède déjà, me font croire que, là aussi, elle pourra rendre de grands services.

En résumé, je ne puis, à cette heure, fixer des limites à l'action

de la ventouse mammaire, l'avenir seul pourra dire si elle vaut mieux que ce que j'ai dit ou moins que ce que j'espère. Si je l'ai fait connaître aujourd'hui, c'est que j'ai compris que, dans le rayon d'une clientèle rurale, il me faudrait des années avant de pouvoir porter un jugement définitif, en supposant que l'inventeur puisse jamais être un juge impartial. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE DES ENFANTS,

(Jules Janet).

La blennorrhagie est surtout fréquente chez les petites filles ; néanmoins on peut également la rencontrer chez les petits garçons.

Viger a guéri d'une blennorrhagie totale (urètre antérieur et postérieur) un petit garçon de 2 ans à l'aide de lavages de permangate de potasse de 12 centigrammes à 25 centigrammes pour 1000.

N'ayant aucune expérience de ce genre de traitement, je n'ose en fixer les règles.

Il n'en est pas de même de la blennorrhagie des petites filles qui est très commune et bien facile à soigner.

Les localisations du gonocoque chez les petites filles sont beaucoup moins nombreuses que chez la femme à cause du peu de développement des glandes urétro-vulvaires qui constituent la plus grande difficulté du traitement des femmes adultes.

Les foyers les plus fréquents sont, chez les petites filles, la vulve et le vagin, beaucoup plus rarement l'urètre et le rectum et très exceptionnellement l'utérus et les annexes.

Le diagnostic de l'infection vulvo-vaginale ne présente aucune difficulté. Celui de l'infection urétrale se fait de la façon suivante : On lave la vulve et le vagin à l'eau boriquée, puis on introduit par l'orifice vaginal un explorateur olivaire de calibre approprié à tige résistante et grâce à cet explorateur on comprime l'urètre d'arrière en avant, on obtient ainsi une goutte urétrale si l'urètre est infecté. Il est bien entendu que l'on ne doit faire cette exploration que deux heures au moins après la dernière miction.

Le diagnostic de la blennorrhagie anorectale ne présente pas de difficultés.

Le diagnostic de la blennorrhagie utérine ne peut être fait qu'à l'endoscope. On se sert pour cela d'un endoscope urétral de verre court qui permet d'atteindre l'orifice utérin et d'examiner

ses sécrétions. C'est une exploration difficile qui nécessite un outillage spécial : nous n'y insisterons donc pas.

Le traitement de ces diverses localisations est le même que celui des foyers homologues chez la femme, mais il nécessite des instruments plus petits. Celui que je préfère pour cet usage est une sonde de Nélaton à pavillon, très courte et très fine (5 centimètres de long, calibre 9 Charrière), percée seulement à son extrémité. Après avoir soigneusement lavé la vulve avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, on remplit une seringue de la même solution. On arme son bec de la petite sonde, on graisse cette sonde avec un peu de glycérine, on l'introduit par l'orifice de l'hymen et on lave ainsi copieusement le vagin.

Tel est le traitement habituel de la vulvo-vaginite des petites filles. Au début de la blennorrhagie il doit être répété deux fois par jour, plus tard une seule fois. Il est si simple qu'on peut le confier à une personne de l'entourage de l'enfant.

Quand on soupçonne que l'on approche de la guérison, on écarte de plus en plus les lavages, puis on met l'enfant en observation, en se tenant prêt à combattre les rechutes, qui sont du reste fréquentes, dès leur apparition.

Dans les autres cas, le traitement est plus difficile et ne peut être fait que par le médecin.

Il existe quelquefois chez les petites filles des diverticules muqueux para-urétraux assez profonds qui doivent être lavés spécialement avec la petite seringue armée d'une canule métallique fine dont j'ai parlé plus haut.

Si l'urètre est infecté, après avoir lavé la vulve et le vagin, on introduit dans l'urètre une nouvelle sonde de Nélaton, pareille à celle qui nous a servi à laver le vagin ; on évacue l'urine vésicale et on la remplace par la solution de permanganate à 25 centigrammes pour 1000 injectée à la seringue. On retire la sonde en continuant à injecter pendant la traversée urétrale : on seringue ensuite l'orifice urétral bien entr'ouvert et on fait uriner à l'enfant le permanganate injecté précédemment dans la vessie. Il est prudent de ne répéter cette opération qu'une fois par jour et de la cesser aussitôt que l'urètre semble désinfecté, car il se désinfecte beaucoup plus vite que la vulve et le vagin et ne se réinfectera pas, si l'on a le soin de faire laver plusieurs fois par jour la vulve avec le permanganate à 50 centigrammes pour 1000. Cette dernière précaution est du reste utile dans tous les cas, même dans la simple vulvo-vaginite.

Le traitement de la blennorrhagie ano-rectale consiste à laver l'anus avec des tampons de coton imbibés de permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000, puis à injecter dans le rectum avec une grosse sonde de Nélaton courte une cinquantai-

ne de grammes de la même solution que l'enfant évacue immédiatement après par défécation. Ce traitement est répété une fois par jour. (*Journal de méd. de Paris.* 292)

TRAITEMENT DE L'EXCITATION CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS.

Voici comment, M. Comby résume ce traitement dans la *Médecine Moderne* :

La thérapeutique doit être avant tout hygiénique, et M. Comby ne donne les narcotiques, les antispasmodiques que lorsqu'il est forcé par un grand paroxysme. Voici comment il règle le traitement :

1° Chez les nourrissons excités et bruyants, l'hygiène alimentaire étant d'ailleurs bien réglée, on se bornera à prescrire : la vie au grand air le plus possible, promenades au moins deux fois par jour ; des bains tièdes (34° et 35°) de 5 à 10 minutes, deux fois par jour.

Si l'enfant dort mal, on donnera le bain avant le coucher, le soir vers 8 ou 9 heures, pendant 15 à 20 minutes, pour détendre les nerfs et favoriser le sommeil.

Si l'agitation persiste ou augmente, on pourra avoir recours aux affusions froides, courtes et suivies de massage, et surtout au drap mouillé (drap trempé dans l'eau à 15°, tordu, enroulé autour de l'enfant pendant une heure, avec couverture par dessus) ; le drap mouillé peut être répété 2, 3, 4, 5 fois par jour. Quant l'enfant commence à reconnaître son entourage, à parler, à s'intéresser à ce qu'il entend, M. Comby recommande de ne pas jouer avec lui de ne pas trop le provoquer, de ne demander à son cerveau faible et irritable aucun effort, aucune fatigue ; il insiste pour que les visites soient supprimées et pour que l'enfant ne voit pas autour de lui trop de visages nouveaux.

2° Après le sevrage et dans la seconde enfance, la règle de conduite est la même. Les bains, le drap mouillé continueront à être employés. Déjà on pourra essayer les frictions sèches ou stimulantes (baume de Fioravanti) de la peau, les douches froides très courtes. Les repas seront bien réglés et rares (3 par jour) ; la plus grande sobriété est de rigueur ; pas de vin, de café, de thé, de mets épicés, sucrés, vinaigrés, etc. La vie au grand air s'impose, la campagne a des effets sédatifs manifestes : certaines stations (Bagnères-de-Bigorre), les altitudes moyennes des Alpes ou des Pyrénées peuvent être conseillées. Les bains de mer et même le séjour sur les plages du Nord et de la Manche seront interdits. On demandera peu de travail aux enfants excités, on se gardera de surmener leur cerveau. On veillera sur leur jeux et sur toutes leurs occupations.

Ils ne veilleront jamais, se coucheront de bonne heure et n'iront pas au spectacle. On ne leur fera pas de contes effrayants.

Le fonctionnement du tube digestif sera surveillé de très près ; la constipation sera prévenue ou combattue par un bon régime alimentaire, par quelques laxatifs, par des lavements glycérinés.

3° Les médicaments, le bromure de potassium en particulier, ne seront prescrits que très exceptionnellement. Si l'insomnie est invincible, on pourra donner un peu de bromure ou mieux du trional, du tétronal (25 centigrammes le soir) ; quelquefois l'antipyrine (25 à 50 centigrammes en une fois).

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Virginité morale.

Voici la lettre qu'un aimable lecteur veut bien m'adresser :

Madame,

Je lis avec beaucoup d'intérêt vos « Causeries » Voulez-vous me permettre de vous indiquer deux points, sur lesquels moi et plusieurs de mes amis serions heureux d'avoir votre opinion ?

1° Pensez-vous qu'il soit utile ou même simplement bon pour une jeune fille de rester ignorante jusqu'au mariage ; de choisir un mari sans savoir quels droits il aura sur elle, de n'avoir nulle idée jusqu'à la nuit de noce, de l'union sexuelle ?

2° Pensez-vous qu'un jeune homme doive rester chaste jusqu'au mariage ?

Ces questions traitées par vous seraient fort intéressantes. J'espère que vous voudrez bien leur faire une place dans vos Causeries.

Agréez, je vous prie, d'avance, madame, les remerciements d'

Un lecteur,
Etudiant en médecine.

Votre question, cher lecteur, vise d'une part la jeune fille, d'autre part le jeune homme, et certes l'entrée en mariage doit être, comme vous le prévoyez, tout à fait différente pour l'un et pour l'autre.

Je prends votre première question.

« Pensez-vous qu'il soit *utile* ou même simplement *bon* pour une jeune fille de rester ignorante jusqu'au mariage — de choisir un mari sans savoir quels droits il aura sur elle — de n'avoir nulle idée jusqu'à la nuit de noce de l'union sexuelle ? »

La jeune fille peut arriver au mariage dans l'une des trois conditions suivantes :

1° Ou totalement ignorante des choses sexuelles, mais d'une ignorance complète, absolue, totale, l'ignorance de l'enfant, et dans notre beau et chaste pays de France, cette ignorance n'est peut-être pas aussi rare que nos voisins le pensent volontiers, nous qu'on considère comme un peuple corrompu ?

2° Ou partiellement ignorante. La jeune fille par ce qu'elle a vu, par ce qu'elle a entendu, se doute un peu des choses de l'amour charnel. Elle sait que les enfants ne viennent pas dans des choux, que le mariage a pour but la procréation d'enfants, mais elle ignore le mécanisme exact de cette procréation.

3° Enfin elle peut être parfaitement instruite de tout ce qui touche à l'union sexuelle, théoriquement bien entendu. Comme type parfait, nous pourrions prendre l'étudiante en médecine, pour laquelle la physiologie n'a plus aucun mystère. Elle sait exactement ce qu'est l'union sexuelle, et le soir même de ses noces elle pourrait expliquer à son mari, beaucoup mieux qu'il ne les connaît lui-même, tous les détails de la fécondation et de la procréation.

Donc trois types :

— L'ignorante absolue ;
— La pseudo-ignorante ;
— La théoriquement initiée.

Or, vous me demandez à laquelle de ces trois jeunes filles j'accorderai la préférence au point de vue du mariage.

Vous n'ignorez sans doute pas qu'en me posant cette question, vous soulevez un des plus gros problèmes de l'éducation de la jeune fille dans les temps modernes.

Problème différemment résolu suivant les peuples. Les anglo-saxons préférant la connaissance des choses de l'amour avant le mariage, et au contraire les latins voulant l'ignorance aussi complète que possible.

Mais vous ne me demandez pas l'opinion des autres sur ce sujet, mais seulement la mienne, ce qui ne laisse pas que d'être flatteur, tout en étant assez embarrassant ; je vais donc vous dire ce que je pense sur ce grave sujet.

Si j'étais homme, je préférerais épouser une jeune fille totalement ignorante, une de celles de notre première catégorie.

Quelle saveur, en effet, doit avoir une belle jeune fille de 18 ans, complètement naïve de tout ce qui touche à l'amour, complètement vierge non seulement au physique, mais aussi au moral.

Avoir en cadeau de noce tout un bouquet de virginités ! quel rêve plus beau un homme peut-il faire en amour ?

Et quel plaisir de prendre successivement toutes ces virginités, d'effeuiller pétales par pétales, cette belle rose aux couleurs enchanteresses, au parfum inédit.

Voilà certainement un vrai régal de gourmet amoureux, et je comprends l'ivresse de l'homme qui peut dénicher et s'approprier une jeune fille aussi pure, aussi chaste, aussi vierge en un mot.

Oui, mais jusqu'à présent nous n'avons envisagé que le *côté homme*. Voyons maintenant le *côté femme*, et voyons si pour la jeune fille qui va se marier il est préférable qu'elle soit ignorante ou instruite des choses de l'amour.

Oh ! de ce côté, je serai catégorique et ne trouverai de mots assez énergiques pour rendre ma pensée.

Marier une jeune fille dans l'ignorance complète des choses de l'amour est, à mon avis, *la plus monstrueuse des monstruosités* ! Comment, voici une jeune fille que vous allez lier à un homme pour toute son existence, par des liens indissolubles ou à peu près, et vous le faites sans dire à cette jeune fille en quoi consistera la natuer de relations qu'elle aura avec cet homme, auquel la loi la rive pour le reste de son existence.

Mais le fait même de cette ignorance dans laquelle on tient cette jeune fille au moment où elle signe ce pacte indissoluble, ne devrait-il pas suffire pour le rendre nul ?

Dans la circonstance la société traite la jeune fille comme un être sans raison ; elle a l'air de lui dire : Jeune fille, tu es incapable de comprendre ce qu'est le mariage, aussi on n'essaiera pas de te l'expliquer, mais subis-le d'abord et tu verras ensuite de quoi il s'agit. Seulement, quand tu comprendras la nature des liens qui t'attachent à ton mari, il sera trop tard pour y rien changer.

Et c'est tous les jours que cette même iniquité se commet à l'égard de la jeune fille, et c'est ainsi que se perpétue la société.

Il faut que la femme soit étrangement débonnaire, pour n'avoir pas encore trouvé le moyen de s'élever contre un pareil état de choses.

Combien on a raison de dire que nous sommes nées pour la douleur, pour l'obéissance, pour la passivité. Cette loi du mariage, auquel on nous soumet, complètement ignorantes de ce que nous allons faire, en est la meilleure preuve.

Tant qu'elle n'aura pas obtenu qu'elle soit modifiée, la femme ne pourra prétendre au progrès. Sa condition, en face de ce fait inique, ne s'élève guère au-dessus de l'animalité. Jamais loi humaine n'aura mieux démontré que celle-ci l'abus que l'homme peut faire de son autorité au détriment de la femme.

Ou si vous voulez que la loi soit égale pour l'homme et pour la femme, exigez alors que l'homme également arrive *chaste au mariage.*

C'est la réponse à votre seconde question : « *Pensez vous qu'un jeune homme doit rester chaste jusqu'au mariage ?* »

Mais cette chasteté de l'homme jusqu'au mariage est impossible, irréalisable.

Et ici je parle aussi bien de la chasteté physique que de la morale.

Il est important dans la solution du problème que nous poursuivons, de nettement séparer la chasteté morale de la chasteté physique.

Par chasteté morale j'entends l'ignorance de ce que sont les choses de l'amour, et par chasteté physique l'absence de tout commerce charnel.

Pour la jeune fille arrivant au mariage, la chasteté physique est naturellement indispensable ; elle doit arriver au mariage vierge de

corps, mais pas de chasteté morale ; je veux au contraire une jeune fille instruite des choses de l'amour, non une instruction détaillée, mais une compréhension vague de la chose, suffisante, par exemple, pour qu'elle sache les circonstances dans lesquelles elle s'exposerait à la maternité ; elle serait aussi assez instruite pour connaître quand elle franchit les bornes d'un simple flirt, et entre dans le domaine des contacts qui entament sa virginité.

Pour le jeune homme, la chasteté morale ne saurait être discutée. L'homme doit être au courant de tous les détails de l'amour, car c'est lui qui sera l'initiateur de son épouse. Mais il peut l'être tout en conservant sa chasteté physique ; or est-il désirable qu'il la conserve jusqu'au moment du mariage ?

L'homme, de par la constitution actuelle de notre société, se mariant beaucoup plus tard que la femme, c'est-à-dire de 25 à 30 ans, souvent même ultérieurement, serait, s'il devait conserver la chasteté physique, soumis à un véritable martyre.

A partir de la puberté, le besoin de l'amour charnel devient impérieux. Certains hommes pourront arriver, par un véritable *tour de force*, à rester chaste pendant plusieurs années consécutives, mais ce sera un véritable tour de force.

Donc, exiger la chasteté physique de l'homme jusqu'au moment de son mariage est une impossibilité, à moins qu'on ne lui permette de se marier à 20 ans.

Mais ces mariages précoces pour l'homme sont, de par l'expérience, peu favorisés de bonheur.

L'homme est naturellement polygame, et quand il n'a pas connu d'autres femmes avant celle qu'il épouse, c'est après le mariage qu'il les recherche, et les conséquences deviennent alors terribles pour la famille.

Laissez donc l'homme apprendre la vie amoureuse avant le mariage, laissez-lui perdre sa chasteté d'esprit et de corps, laissez-lui faire en amour son éducation théorique et pratique. Pourvu qu'il n'arrive pas au mariage trop usé, c'est tout ce que nous pouvons lui demander.

Je n'ignore pas que certaines de mes compagnes crieront à l'injustice et diront que la femme doit avoir les mêmes droits que l'homme, et puisqu'on permet à l'homme de connaître successivement plusieurs femmes, pourquoi ne pas donner la même autorisation à la femme ?

Je ne suis pas de cet avis, car chez la femme l'amour charnel est moins impérieux que chez l'homme.

Nous pouvons facilement vivre des périodes de temps plus ou moins prolongées, tout en restant chastes de corps.

La maternité est pour nous un puissant dérivatif de l'amour.

Or, ces conditions différentes de l'amour chez l'homme et chez la femme, font qu'il n'est pas injuste de ne permettre qu'un homme à une femme, alors qu'on permet plusieurs femmes à un homme.

Mahomet, en instituant la polygamie, a certainement été guidé par le même raisonnement : « A chaque sexe suivant ses besoins. »

Mais arrêtons-nous au milieu de ces considérations qui nous entraîneraient trop loin.

Et je termine en résumant ma réponse à vos deux questions :

Question femme et question homme.

La *femme* doit arriver au mariage absolument chaste de corps. Quant à la chasteté morale qu'on lui impose ordinairement jusqu'à ce moment, c'est-à-dire l'ignorance de ce qu'est théoriquement l'amour charnel, elle ne devrait pas exister à mon avis et avant de se lier à un homme pour l'existence, la jeune fille devrait être instruite des choses de l'amour dans une mesure suffisante pour comprendre la nouvelle vie que va lui constituer le mariage. Quant à l'*homme*, il doit arriver au mariage, absolument instruit théoriquement et pratiquement des choses de l'amour ; destiné à être l'initiateur de son épouse, son éducation à cet égard a dû être suffisante pour le mettre à la hauteur de la tâche d'ailleurs agréable que les circonstances lui imposent.

FORMULAIRE

Quelques moyens pratiques pour combattre la toux opiniâtre chez les enfants.

(Dr Blache.)

1° Dans un verre de grog léger qu'on fait prendre par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure ou d'heure en heure, on ajoute de 20 à 30 gouttes de la mixture :

Teinture de drosera.....	15 gr.
Teinture de racine d'aconit.	6 gr.
Liqueur d'Hoffmann.....	4 gr.

ou bien :

Teinture de belladone	6 gr.
Teinture de grindélia.....	18 gr.
Bromoforme.....	X gt.

Potion à donner toutes les heures par cuillerées à café :

Benzoate de soude.....	4 gr.
Teinture de coca.....	2 gr.
Sirop de Tolu	30 gr.
Julep gommeux.....	100 gr.
Eau de laurier-cerise.....	4 gr.

Pour la nuit, 2 à 3 cuillerées à café du sirop composé :

Sirop d'hydrate de chloral..	15 gr.
Sirop de brom. de strontium	20 gr.
Sirop de polygala.....	30 gr.
Eau de fleur d'oranger.....	6 gr.

Pommade astringente (pour la muqueuse vaginale).

Vaseline blanche.....	30 gr.
Extrait de ratanhia..... ...	4 —
Teint. de roses de Provins. }	àà 5 —
Teinture de vanille..... }	
— de capsicum.....	50 c.

M. S.A.

On peut alterner cette préparation avec les lavages de macération de quinquina gris (*corticem virginatis, kinam Peruvianæ appellant*).

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

DE L'HYSTÉROTOMIE SPHINCTÉRIENNE OU OPÉRATION DE DEFONTAINE,

Par le Dr René Belin.

Le traitement de l'endométrite subaiguë ou chronique a subi une évolution remarquable depuis quelques années. De tous les moyens thérapeutiques tour à tour proposés et adoptés, cautérisations par des crayons de chlorure de zinc (1) injections iodées ou créosotées, scarifications du col, applications diverses d'électricité (2) vapeur d'eau sous pression, ou même le curage suivi depuis Markwald et Simon de l'amputation partielle du col ou de l'excision d'une déchirure (Emmet) nous ne retiendrons qu'un seul procédé de choix, la *dilatation large de l'orifice cervical* avec tamponnement intra-utérin, traitement dont l'honneur revient tout entier à notre regretté maître et ami Vuillet (de Genève) (3). Tel était aussi l'opinion de Trélat (4) qui insistait dans ses cours sur la dilatation comme préliminaire indispensable du traitement de toute endométrite. En effet l'utérus ne représente-t-il pas une sorte d'impasse presque fermée d'où les liquides secrétés ne s'échappent qu'avec difficulté ? La simple dilatation transforme cet organe en une cavité largement béante d'où peuvent s'éliminer avec facilité toutes sortes de sécrétions entraînant avec elles les microorganismes dont tout utérus malade est nécessairement infesté, et supprime d'emblée les nombreuses anfractuosités, véritables repaires de produits pathogènes. Il y a quelques mois la dilatation ne se faisait que de deux façons, ou séance tenante par un procédé de force à l'aide de dilatateurs puissants (dilatateurs de Sims, Scanzoni, Pichevin ou bougies d'Hégar) dont le moindre inconvénient est la lacération inévitable du canal cervical malgré le conseil du Pr Bossi, de recouvrir d'un tube de gomme les branches de l'instrument dilatateur (5) ; ou lentement et graduellement par des tiges de calibre croissant (laminaria, tupelo, éponge préparée.) Quel que soit le procédé choisi, la dilatation est souvent douloureuse et toujours passagère ; il faut donc la renouveler fréquemment, le drainage, comme l'a fait remarquer Schmeltz avec juste raison, devant au contraire être continué pendant un temps toujours très long (6). C'est l'étude de ces faits qui a amené le Dr Defontaine (du Creusot) à proposer l'opération que je vais décrire et qu'il désigne sous le nom d'hystérotomie sphinctérienne (7).

(1) Dumontpallier. Acad. de Méd., 6 août 1891, et *Gaz. des hôp.*, 1889.
(2) Apostoli. Paris, 1887. Boisseau du Rocher. Soc. Chir., 1897.
(3) R. Blondel. Congrès de gyn., Bordeaux, 1896.
(4) V. Trélat. Clin. chirurgic. t. II. Bumm. *Archiv. für. Gynæcol*, 1891.
(5) Pr Bossi. Congrès de Rome, 1894.
(6) Schmeltz (de Nice). Ibid., 1894. Drainage par les catguts-crins.
(7) Defontaine du (Creusot). Communication à l'Acad. de Médecine, 28 décembre 1897.

Je ne pense pas cette opération exactement dénommée par ce terme: le mot « *hystérotomie* » désigne une section plus étendue qu'elle n'est en réalité, puisqu'elle ne doit pas dépasser les limites du col, (au même titre que l'amputation du col d'Hégar n'a jamais été qualifiée d'hystérectomie), quant au sphincter utérin, son existence, admise par Kölliker, Sappey, Guyon, est niée par nombre d'anatomo-pathologistes, dans les utérus métritiques.

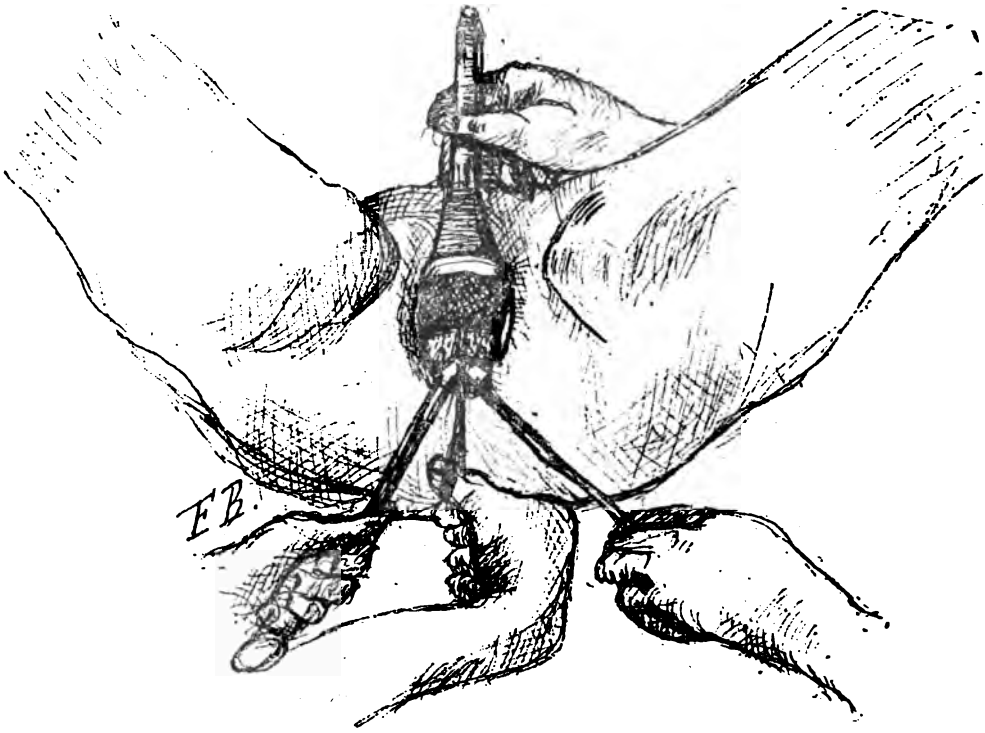


Fig. I.— Opération de Defontaine. (L'utérus est libre de toute connexion en avant.

Je préférerais donc le terme « *débridement cervical temporaire* » ou simplement : *opération de Defontaine*, à qui revient l'honneur d'en avoir conçu l'idée, posé nettement les indications, et réglé la technique (1).

Opération : La section du col se pratique sur la ligne médiane, c'est donc une hémisection médiane identique au premier temps de l'hystérectomie rapide de Doyen (de Reims). Voici la description de Defontaine.

« Une tige de laminaire a pu être placée, tant pour obtenir une

(1) Defontaine. Loc. cit. et *Archives provinciales de Chirurgie*, 1898, p. 111.

« dilatation suffisante au passage des instruments que pour véri-
« fier l'état de contracture du col utérin.

« La malade étant endormie et placée suivant l'habitude adoptée
« par chaque opérateur, on écouvillonne la cavité utérine avec de
« petits tampons imbibés de substances antiseptiques (chlorure
de zinc, créosote, gaïacol pur ou additionné d'acide picrique),
« pour diminuer dès le début la septicité du contenu utérin.
« Des pinces de Museux placées de chaque côté du col abaissent

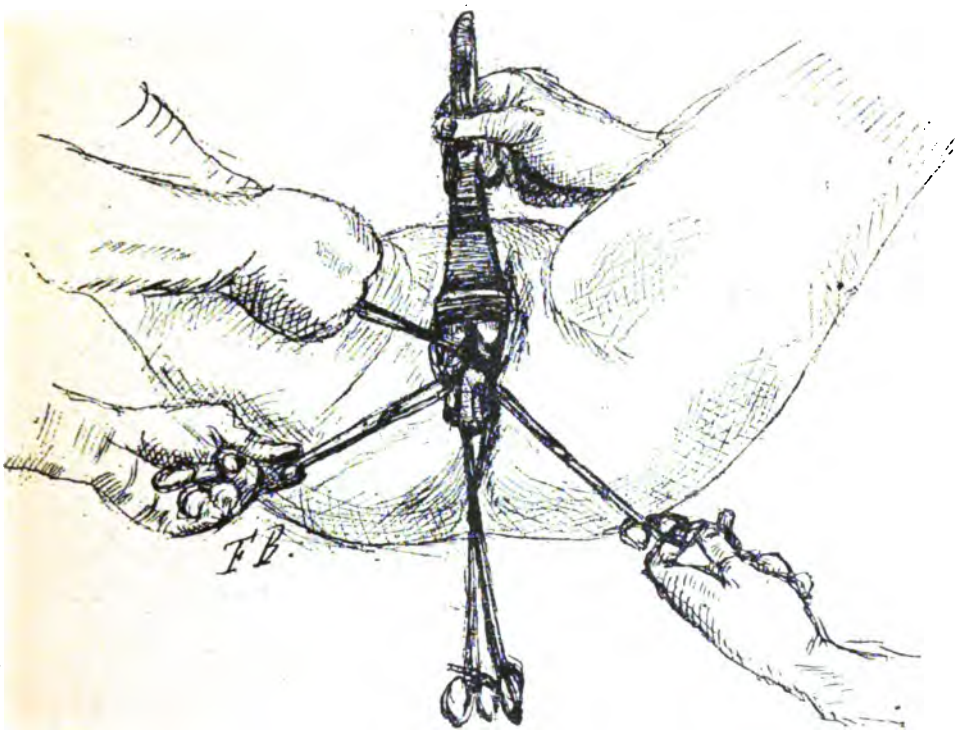


Fig. II. — Opération de Defontaine. Section médiane du col (terminée).

« l'utérus ; avec des ciseaux mousses on désinsère en deux coups
« la muqueuse vaginale de la partie antérieure du col. L'index gau-
« che introduit dans la fente ainsi créée décolle la vessie et re-
« foule le péritoine, puis avec de forts ciseaux dont une branche
« est entrée dans le col ; l'autre sous l'index gauche qui vient
« de décoller et refoule encore la vessie, on divise le col sur
« la ligne médiane jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la cavité du
« corps..... l'utérus restant fixé par les pinces qui tiennent les
« parties latérales du col, une pression modérée de l'index gau-
« che dilate la partie supérieure du canal cervical et lui permet

« bientôt de tomber en pleine cavité utérine. Sur certains utérus « épaissis on peut étendre l'incision un peu plus haut du côté de « la cavité qu'au niveau de la surface antérieure de l'utérus. L'in- « dex est ensuite ramené sur l'éperon facilement tangible formé « par la paroi utérine qui, mince et molle en général, et bien dif- « férente du col épais et dur, sépare l'espace rétro-vésical de la « cavité du corps de l'utérus. Il ne doit plus quitter ce poste, pour « servir à guider tous les instruments et tamponnements qui doi- « vent pénétrer dans la cavité utérine, empêchant ainsi leur fausse « route faciles sans lui, du côté de la vessie et du péritoine (Fig. « 2). En procédant ainsi, le cul-de-sac péritonéal n'est jamais ou- « vert ; s'il l'était par mégarde, il serait immédiatement suturé. Il « reste à faire le curetage, le nettoyage et l'aseptisation de la ca- « vité utérine, nous plaçons un petit tampon dans l'espace utéro- « vésical décollé, puis un autre dans la cavité du corps. »

L'expérience que m'a donnée la pratique de cette opération me permet d'affirmer qu'elle est d'une exécution très simple. Pourtant le premier temps m'ayant donné à ma 2e opération une petite hémorrhagie difficile à maîtriser, j'ai depuis employé le procédé de circoncision au thermo-cautère préconisé par Jacobs et A. Reverdin ; je n'ai eu qu'à me louer de cette modification. Il m'a paru inutile et même peut-être dangereux, en certains cas, d'exercer sur le col de fortes tractions, il suffit de l'infléchir au moyen des pinces pour présenter sa face antérieure.

Le tamponnement intra-utérin doit être lâche, il serait bon d'utiliser l'orthoforme suivant les conseils de B. Blondel (1).

Indications. — L'opération de Defontaine convient à toutes les métrites chroniques surtout celles accompagnées de dysménorrhée ou dues à l'infection gonococcique.

Elle ne convient même aux métrites aiguës que dans ce dernier cas, à cause des menaces d'infection des trompes, souvent précoce et grave.

C'est l'opération de choix dans les sténoses du col, cicatricielles ou non ; elle peut être appliquée en outre pour faciliter l'accès du point d'implantation d'un polype fibreux, ou pour permettre l'étude plus précise de la nature d'une tumeur utérine.

Son rôle dans les déviations utérines n'est pas encore défini.

Quoique les suites éloignées de cette intervention récemment introduite dans la pratique n'aient pu être consignées, il semble qu'elle doive *à priori*, être un obstacle à la grossesse, et c'est là son plus grave défaut ; pourtant il faut considérer que la conception est presque impossible dans les métrites infectieuses même de moyenne intensité et que d'ailleurs il suffit pour reconstituer le col d'un simple avivement suivi d'une suture exacte des deux lèvres ; cette propriété pourrait même être mise à profit dans les

(1) R. Blondel. *Société obst. et gyn.*, 1898.

cas très rares où la grossesse est formellement contre-indiquée (rétrécissement extrême du bassin, affection organique grave, du cœur, tuberculose au dernier degré).

Résultats. — J'ai pratiqué cinq fois cette opération, une fois à ma clinique (obs. I) et quatre fois en ville (ce qui prouve sa simplicité); une fois pour métrite blennorrhagique subaiguë, une fois pour métrite puerpérale, deux fois pour anciennes métrites hémorrhagiques (obs. II et IV), enfin la dernière, sans grande amélioration pour une métrite fongueuse datant de 7 ans avec rétroflexion.

Obs. I.— L... Marie, 31 ans, métrite blennorrhagique datant de 4 mois. Opération de Defontaine. Le 10 février 1898, curage et tamponnement renouvelé 4 fois de 24 heures en 24 heures, puis 5 fois de 3 jours en 3 jours. Injections toutes les 6 heures au permanganate à 1/4000. Guérison le 16e jour.

Obs. II. — Pas..., 27 ans, a eu deux accouchements dystociques en 1891 et 1893 ; depuis cette époque métrite hémorrhagique avec douleurs lombaires intenses. Opération de Defontaine le 2 mars 1898 : après 12 jours de séjour au lit, suppression du tamponnement, injections, les hémorrhagies ont presque disparu et les douleurs ont sensiblement diminué.

Obs. III.— Bert... Louise, 22 ans, atteinte de métrite à la suite d'un accouchement prématuré au 6e mois. Opération de Defontaine, le 22 mars, combinée à une périnéorraphie. Guérison complète au bout d'un mois.

Obs. IV.— Mme S..., 33 ans, nullipare, très obèse, métrite hémorragique, ayant subi deux curages à 3 ans de distance, col en ectropion, hémorrhagies abondantes, état général mauvais, dyspepsie chronique, œdème des membres inférieurs. Opération de Defontaine, curage tamponnement à la gaze phéniquée après badigeonnage créosoté, les règles ont reparu normalement le 12 avril, et le 10 mai, les hémorrhagies ont disparu, l'état général est amélioré.

Obs. V. — W. L... Nancy, 36 ans. Métrite fongueuse avec rétroflexion datant de 7 ans, dysménorrhée. A subi une trachélorraphie ayant amené une amélioration passagère. Opération de Defontaine le 28 avril 1898, suivie de curage et tamponnement. Les règles suivantes ont été aussi douloureuses qu'avant notre intervention, l'écoulement paraît diminué cependant. Résultats encore incertains.

Conclusions. — Nos conclusions basées sur un très petit nombre de cas paraissent confirmer les résultats encourageants de Defontaine. Son intervention est très simple ; nullement dangereuse et emprunte sa valeur à son rôle qui est de faciliter le drainage intra-utérin, méthode dont le succès est incontestable.

L'AMÉNORRHÉE ET LA DYSMÉNORRHÉE, RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL (EAUX CHLORURÉES SODIQUES CHAUDES DE BOURBONNE-LES-BAINS).

Par M. Merle.

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris quelques observations personnelles sur ce sujet.

Je ne veux pas, dans cette communication, passer en revue tous les médicaments, tous les moyens auxquels on a recours habituellement pour combattre l'aménorrhée et la dysménorrhée. Ils sont incertains et non toujours sans danger. C'est ce qui m'a décidé à faire connaître le résultat de ma pratique personnelle par le traitement hydro-minéral, dans l'espoir d'être utile à mes confrères et à une certaine catégorie de malades fort intéressantes.

Pour le dire tout d'abord, sur 6 cas que j'ai eu à traiter, en deux années, j'ai obtenu 5 succès complets et un résultat partiel.

Je ne suis pas le premier, d'ailleurs, à avoir constaté l'efficacité des eaux de Bourbonne-les-Bains, dans ce genre d'affection. Entre autres, le regretté Dr Causard, dans son livre sur cette station, en cite un exemple remarquable, car il est en quelque sorte le type des cas que l'on rencontre ordinairement ; aussi ne puis-je mieux faire que de le reproduire ici : Une dame de ses clientes, venue à Bourbonne pour rhumatismes, avait une grande fille de 16 ans, lymphatique, nerveuse, pâle et chétive, non formée. Le docteur proposa quelques douches pour la fortifier. « A quoi bon, répondit la mère, elle est condamnée ». Le médecin de la famille l'avait jugée phtisique et on avait abandonné tout espoir. Causard l'ausculta avec soin, sans trouver de traces certaines de tubercules. Il fit prendre à cette enfant des douches chaudes sur les parties inférieures du corps et, après 8 ou 10 jours de ce traitement, les règles paraissaient sous la douche même. La santé de la jeune fille se fortifia rapidement et, depuis, on n'eut jamais de crainte pour sa poitrine. L'excellent praticien qui l'avait guérie ajoute : « Je pourrais citer plus de 20 cas de ce genre chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, dont les règles ont reparu ici, en déchargeant par ce fait d'autres organes exceptionnellement congestionnés. »

C'est en m'appuyant sur ces faits et sur l'autorité de ce médecin, que consulté en 1896, pour une jeune fille de 14 ans, non encore formée, et dont l'état général faisait croire à une affection

de poitrine, je n'hésitai pas, après l'avoir examinée, à conseiller les eaux de Bourbonne. J'avertis les parents que probablement la menstruation se produirait vers le milieu du traitement, c'est-à-dire vers le douzième ou le treizième jour. J'avoue que je ne pensais pas si bien dire : le onzième jour, en effet, les règles apparaissaient sous la douche. La santé s'améliora dès lors rapidement.

La même année, deux jeunes filles très intéressantes m'ont été adressées. Il s'agissait de cas un peu plus délicats. Voici résumées les observations :

Mlle G., de B. (Aisne) m'est envoyée par son médecin avec cette recommandation : Jeune personne de 17 ans, chloro-anémique depuis longtemps, nerveuse, neurasthénique. Il hésitait à me l'envoyer, parce qu'elle lui paraissait affectée d'une légère congestion du poumon droit. Ayant interrogé la malade, j'appris que, réglée à 12 ans, elle avait vu ses règles se supprimer deux années après, à la suite d'une grande frayeur. Comme elle était descendue à la nuit, dans la cave de la maison, pour y chercher quelque objet, un mauvais plaisant ne trouva rien de mieux que de tirer un coup de pistolet à blanc par le soupirail. La menstruation, qui se trouvait être alors en pleine période, s'arrêta brusquement et ne reparut plus. Dès ce moment, on vit survenir tout le cortège des phénomènes neurasthéniques, chloro-anémiques, etc. La malade en était arrivée bientôt à ne plus pouvoir marcher, à ne plus pouvoir dormir et à ne s'alimenter que très incomplètement. C'est en désespoir de cause et après avoir essayé tous les moyens, que le médecin traitant l'avait envoyée à Bourbonne. A l'examen, il est facile de reconnaître des symptômes non douteux d'hystérie. J'instituai le traitement thermal. Après une saison de 25 jours, l'état général se trouva considérablement amélioré, la malade commençait à sortir à pied, reprenait de l'appétit, et le sommeil, autrefois très agité, était devenu plus calme, plus réparateur. Mais les règles n'étaient pas revenues. Je conseillai un repos d'un mois suivi d'une seconde cure et au milieu de ce second traitement, la menstruation se produisit. Cette jeune personne a quitté la station, je puis dire complètement guérie. Elle faisait de longues promenades, courait avec ses frères, avait bon appétit et dormait bien. Quant à la congestion du poumon, il n'en existait plus trace. La guérison s'est maintenue.

La seconde observation est celle où je n'ai obtenu qu'un résultat partiel. Elle a trait à une vieille fille de 28 ans, d'esprit plutôt

faible, chez laquelle il me fut impossible d'obtenir un traitement régulier.

Mlle L., de M. (Côte-d'Or), a eu ses règles vers 16 ans une seule fois, et elles n'ont plus reparu. Comme dans le cas précédent, il existe chez elle des symptômes d'hystérie, mais ce qui domine, ce sont les troubles intellectuels : grande difficulté pour coordonner deux idées, ce qui est pour elle un effort qui la fatigue beaucoup, vertige presque constant ; on ne peut obtenir que très difficilement qu'elle sorte. Le corps est aussi paresseux que le cerveau. Elle fait une cure de 30 jours. Comme résultat, on constate une amélioration notable de l'état général, amélioration qui n'a fait que s'accentuer par la suite, mais la menstruation a fait défaut ; tout s'est borné à quelques phénomènes douloureux de congestion du côté du petit bassin. Une seconde saison est proposée, mais n'est pas acceptée. J'ai revu cette malade un an plus tard ; elle avait conservé tout le bénéfice du traitement au point de vue de la santé générale, mais l'aménorrhée persistait.

En 1897, 3 jeunes filles aménorrhéiques ont été confiées à mes soins.

Mlle B., de L. (Haute-Marne), est une enfant de 13 ans, non formée, d'aspect maladif ; elle est maigre, pâle, nerveuse, ne dormant presque pas, refusant de manger, d'une irritabilité de caractère excessive, battant sa gouvernante, etc. Ses parents, ne sachant qu'en faire, l'ont envoyée à Bourbonne espérant que le changement d'air lui serait profitable et la calmerait un peu. Elle me fut amenée : je lui fis suivre un traitement pendant un mois en en surveillant attentivement les effets. Avant la fin de la cure, les règles apparaissaient normalement, sans douleur. L'état général s'améliora rapidement. Sa mère, qui vint la chercher, constata avec un certain plaisir la transformation de caractère survenu chez sa fille.

Mlle M., âgée de 17 ans, habite aussi la ville de L. Son cas est absolument le même que celui qui est rapporté par Causard et que j'ai cité au début de cette communication. Elle m'est amenée par sa mère qui, devant l'absence de menstruation et à divers symptômes, craint qu'elle ne soit tuberculeuse. Après un examen attentif qui ne me révéla rien qui pût justifier les craintes de cette dame, je conseillai une cure qui fut acceptée. Le traitement ne fut que de 20 jours, la famille ne pouvant disposer d'un temps plus long à mon grand regret, car j'estime que les traditionnels 21 jours sont le plus souvent tout à fait insuffisants. Le traitement fut très bien supporté, l'état général en retira un grand bénéfice. Les règles n'apparurent qu'un mois plus tard, normalement. La santé de cette

jeune fille s'est depuis raffermie. Tout dernièrement, une lettre des parents, complètement rassurés, m'exprimait leur joie et leurs remerciements. Il est probable que, dans ce cas, le résultat eût été plus prompt, si, comme je l'avais demandé, on avait prolongé la cure d'une dizaine de jours.

La dernière observation est plus curieuse. Mlle F., de Paris, a 24 ans. Elle n'a eu ses époques qu'une seule fois, à 16 ans. Depuis, plus rien, aucun phénomène du côté du petit bassin. Mais on ne tarde pas à constater chez elle un développement anormal du tissu adipeux; en même temps et concurremment, le corps s'alourdit et l'intelligence, qui était bien au-dessus de la moyenne, se refuse à tout travail et à toute occupation. Cette jeune personne en arrive à être incapable du moindre effort intellectuel ou physique, elle passe ses journées étendue sur un canapé ou sur son lit. On éprouve les plus grandes peines pour l'obliger à sortir, elle oppose une force d'inertie insurmontable. Seul l'appétit est resté bon. Quand je la vois, son poids est de 100 kilos net, elle a l'aspect masculin, le système pileux est très développé. L'état général est tel que je viens de le dépeindre avec, en plus, des symptômes caractérisés d'hystérie. J'institue dès le début un traitement énergique qui dure un mois. Au bout de ce temps, un amaigrissement notable s'est produit : le poids n'est plus que de 90 kilos. L'intelligence est capable de quelques efforts, la malade a moins de peine à suivre la conversation, elle peut y prendre part quelque peu; de petites promenades sont possibles. De plus, à deux ou trois reprises, sont apparus des phénomènes non équivoques du côté de l'appareil utéro-ovarien ; une fois même, après une crise douloureuse assez violente, on put constater un écoulement légèrement teinté. Je conseillai alors un repos d'un mois pendant lequel la malade prendrait le plus d'exercice possible, puis une seconde cure, ce qui fut accepté. Pendant le second traitement, moins intense que le premier, les mêmes phénomènes utéro-ovariens se produisirent, mais beaucoup plus accentués, très douloureux ; la menstruation cependant ne parut pas. Le poids n'avait guère diminué que de 2 kilos, mais l'état général était meilleur, l'intelligence bien plus lucide. De retour à Paris, la malade continua à prendre de l'exercice. Et il y a quelques semaines, je recevais sa visite ; elle venait m'apprendre elle-même que ses règles étaient revenues après une crise extrêmement douloureuse. Elle est partie depuis à la campagne où, je l'espère la guérison va se confirmer.

Telles sont les observations que je voulais signaler à l'attention

des médecins, en particulier aux gynécologues et aux pædiâtres.

Dans le Traité de Gynécologie qu'ils viennent de publier, ouvrage si bien compris et destiné à rendre des services considérables aux praticiens, MM. Labadie-Lagrave et Legueu parlant du traitement hydro-minéral de l'aménorrhée et de la dysménorrhée, citent plusieurs stations sans faire mention de Bourbonne-les-Bains dont les eaux ne leur semblent indiquées que dans les cas de métrite chronique et les manifestations génitales du rhumatisme. Les observations que j'ai rapportées paraîtront, je l'espère, assez probantes pour les faire revenir à une meilleure impression sur cette station à laquelle il manque surtout d'être plus connue.

Outre l'aménorrhée, les eaux de Bourbonne sont aussi une indication pour les jeunes filles mal réglées, dysménorrhéiques, arthritiques, avec manifestations migraineuses ou névralgiques. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

KYSTES WOLFFIENS DE LA VULVE,

Par R. Pichevin et Léon Weber.

(*Suite et fin.*)

Voyons, maintenant, si notre cas et les autres observations dont nous avons donné le résumé peuvent être considérés comme des exemples de kyste d'origine wolfienne.

Si on se reporte aux caractères que les auteurs assignent aux kystes wolffiens du vagin (*Poupinel* (1), *Chalot* (2), *Zweigbaum* (3), *Kümmel*), on voit qu'il faut baser le diagnostic sur l'augmentation de volume, la situation et la structure de ces productions kystiques.

1° L'augmentation de volume d'un kyste Wolffien sera lente et un caractère précieux sera la constatation de son existence depuis l'enfance.

2° Comme les canaux de Wolff-Gartner parcourent la paroi supéro-latérale du vagin, et viennent se terminer aux alentours de l'urèthre, un kyste wolffien aura un siège *supérieur* et possédera un prolongement dans la profondeur. Plus ce prolongement se rapprochera du parovaire, plus probable sera l'origine wolffienne du kyste.

(1) Poupinel. Thèse de Paris, 1889.

(2) Chalot. Kystes wolffiens du vagin. *Ann. de gyn.*, t. 38, 1882, p. II.

(3) Zweigbaum. Ueber die Cysten der Scheide. (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1896, vol. 3, p. 21.)

3° La structure du kyste et surtout celle de son épithélium n'aura pas un caractère absolument déterminé : on sait, en effet, à quelles variations physiologiques et pathologiques les épithéliums sont soumis.

Cependant plus sa structure ressemblera à celle, soit du canal de Wolff chez l'embryon, soit mieux encore des dérivés adultes du canal de Wolff (épididyme, canal déférent, canaux de Gartner), plus il sera possible d'affirmer que le kyste est wolffien.

L'épithélium sera donc cylindrique, sur une ou plusieurs couches de hautes cellules cubiques sans cils (type déférent, type Gartnerien, bien que le canal de Gartner chez le renard soit cilié, selon von Preuschen) ou mieux avec cils (type épididymaire).

Nous disons *mieux*, parce que si un kyste glandulaire, peut fournir un épithélium cubique sur plusieurs couches, il est plus difficile d'admettre qu'il donne un épithélium cilié.

L'épithélium reposera sur un chorion sans papilles, renfermant quelques fibres musculaires, puisque le canal de Wolff en possède, de même que les dérivés adultes. On pourra aussi rencontrer dans un kyste wolffien un épithélium stratifié, coexistant avec l'épithélium cilié, et point n'est besoin d'invoquer pour cela un pincement peu vraisemblable de l'ectoderme (Lagrange) ; mais il suffit de considérer que les canaux éjaculateurs (wolffiens) possèdent un épithélium stratifié (Klein) (1), en tout semblable à celui de l'urèthre, et que les canaux de Gartner à leur terminaison sont tapissés d'un épithélium analogue à celui du vestibule.

Les cas que nous avons recueillis présentent-ils ces caractères généraux ?

1° Notre cas. — Le kyste avait mis plusieurs années à se développer ; il est même fort possible qu'il ait débuté quelques années avant que la malade ne s'en fût aperçue. Sa situation vestibulo-labiale, ses connexions avec la profondeur, répondent à la situation qu'on assigne aux débris des canaux de Wolff. Enfin sa structure et surtout celle de l'épithélium cilié composé de plusieurs couches de cellules cylindriques, répondent aux conditions qui permettent d'assigner au kyste une origine congénitale.

Cependant, chez notre malade la paroi kystique manque de fibres lisses et, en certains points, sa face interne est dépourvue d'épithélium. Pour ce qui est des fibres lisses, étant donnés le volume du kyste et le développement considérable de la paroi, il est possible que la couche musculaire ait été très amincie et que les

(1) Klein. Stricker's Handbuch, p. 640.

coupes examinées n'en portaient pas. Du reste, dans notre cas nous n'écartons pas absolument la possibilité de l'existence de ces fibres lisses.

Comment interpréter cette absence d'épithélium en un point ? On peut l'expliquer non par une chute de l'épithélium, comme au niveau de la partie dégénérée, mais par le fait que le canal de Gartner, en tant que vestige atrophique, pouvait parfaitement n'être plus un canal fermé, mais une simple traînée épithéliale qui aurait sécrété et donné lieu à un kyste. Le liquide sécrété aurait été fourni par cette petite portion de l'épithélium stratifié qui avait subi la transformation muqueuse.

Notre kyste possède donc la plupart des caractères de *présomption* assignés à un kyste wolffien.

Cas de Lagrange. — Lagrange, se basant sur la présence des cils à la face interne du kyste, faisait provenir celui-ci d'un canal de Müller et assignait à l'épithélium stratifié une origine ectodermique. Nous pensons différemment et croyons que ce kyste par sa structure, se rapproche sensiblement du nôtre. Quant à sa situation dans la grande lèvre, elle peut parfaitement être secondaire, puisque le kyste poussait un prolongement profond du côté de la branche ischio-pubienne.

Cas de Kümmel. — Bien que Kümmel lui-même ne veuille pas admettre les cas qu'il publie comme étant d'origine wolffienne, par ce fait que les restes gartnériens n'ont pas été signalés dans les petites lèvres, nous ne pensons pas moins que ses kystes sont probablement d'origine congénitale, quoiqu'ils ne présentent pas les mêmes caractères d'authenticité que les précédents.

Cas de Mertz. — Ce cas est malheureusement relaté par l'auteur d'une manière trop succincte ; néanmoins on peut, pour lui aussi, invoquer l'origine wolffienne : volume considérable, connexions profondes avec les parois vaginales, situation supérieure, épithélium cilié.

Cas d'Ulesko-Strogonova. — Le kyste, bien que pourvu d'un épithélium cilié, ne provient peut-être pas des restes du canal de Wolff. Sa situation plutôt inférieure, sa croissance relativement rapide (1 année 1/2), son chorion papillaire, sa paroi dépourvue de fibres lisses, enfin l'existence tout à côté, en arrière, d'un second kyste dans les parois du vagin, plaidraient plutôt en faveur d'un kyste développé aux dépens d'une de ces glandes vaginales décrites par Von Preuschen et qui seraient revêtues, d'après lui, d'un épithélium cilié. Il est bon d'ajouter que l'opinion de Von Preuschen n'est pas généralement admise et qu'elle mérite d'être

soumise au contrôle de l'observation microscopique. Dans tous les cas, il y a lieu de faire des réverves sur l'origine qu'il faut attribuer au kyste en question.

B. Kystes à épithélium non cilié.

Nous avons groupé les kystes revêtus d'un épithélium cilié comme possédant un caractère commun d'une grande valeur en faveur de leur origine congénitale. Cependant il peut exister des kystes génitaux non ciliés, puisque le canal de Gartner de la plupart des Animaux et de la Femme n'a pas de cils.

En étudiant les diverses observations de kystes, nous avons pu recueillir les cas de *Brandt* (1), de *de Mayaldhâes* (2), de *Villar* (3), de *Johnston* (4), de *Veit* (5) qui se rapprochent tant par la situation que par leur structure (à part la ciliation) des cas que nous citons.

Dans le cas de *Brandt*, il s'agissait d'un kyste de la petite lèvre assez semblable à première vue aux kystes sébacés ordinaires. Mais les caractères de son épithélium à cellules cylindriques ; son contenu mi-partie blanc, granuleux comme dans notre cas, mi-partie liquide ; sa situation tout près du clitoris, son lent développement, font plutôt penser à un kyste congénital qu'à un kyste par rétention glandulaire.

Celui de *de Mayaldhâes* a trait à une femme de 25 ans, qui portait depuis l'âge de 12 ans, une tumeur de 8 centimètres de long à la petite lèvre droite. Pas de douleurs. Ablation. Contenu séreux, clair, limpide, à peine jaunâtre, aseptique. A l'examen histologique, épithélium à larges cellules prismatiques, presque cubiques, à noyaux tous situés sur la même hauteur. Dans le chorion quelques petits bourgeons papilliformes.

L'auteur lui-même fait provenir ce kyste du canal de Gartner. Ce kyste présente en effet tous les caractères que nous avons donnés aux kystes wolffiens, hormis la ciliation.

Johnston et *Veit* assignent la même origine aux kystes qu'ils ont observés. Dans celui de Johnston il s'agissait de tout un chapelet de kystes dont le plus antérieur était situé sous le méat et le plus postérieur au niveau du col. L'épithélium cylindrique, les fibres lisses de la paroi, la situation des kystes multiples en

(1) Brandt. Kyste de la petite plèvre. *Jour. des mal. des femmes de Saint-Pétersbourg*, 1894, p. 854.

(2) De Mayaldhaes. Contribution à l'étude des kystes séreux des petites lèvres. Mémoires de l'Ac. de méd., 1897, p. 227 et 693.

(3) Villar. In *Thèse de Sage*, Bordeaux, 1894-95.

(4) Johnston. *American Journ. of obstetrics*, nov. 1887.

(5) Veit. *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, 1897, II, p. 67.

des points qui correspondent au trajet connu du canal de Gartner, sont des caractères qui font croire à une origine congénitale.

Le cas de Veit est relaté d'une manière trop brève pour que l'on puisse s'en faire une idée exacte. Néanmoins l'épithélium partout pavimenteux stratifié, les deux orifices communiquant avec l'urèthre, que Veit signale, ne sont pas en faveur de l'origine wolffienne de ce kyste et se rapprochent plutôt des cas dont nous allons parler.

Nous ne nous étendrons pas sur le cas de *Villar*, que cet auteur range parmi les kystes dermoïdes ; ce kyste possédait plusieurs caractères des kystes wolffiens, mais son contenu était franchement sébacé, ce qui n'a été le cas pour aucun kyste wolffien. L'origine de ce kyste est donc contestable.

Pour nous résumer, nous dirons que dans la plupart de ces cas il s'agit de kystes qui sont situés non loin de la terminaison possible du canal de Gartner ; ils sont tapissés d'un épithélium cubique sur une ou plusieurs couches, ont un contenu liquide ou épais ; certains possèdent même des fibres lisses et un chorion sans papilles. Néanmoins nous ne les citons qu'avec réserve, leur origine congénitale étant moins certaine que celle des kystes précédents.

2° Kystes des canaux de Skene.

Pour montrer la différence considérable qui existe entre les kystes auxquels nous imputons une origine congénitale, et les kystes d'une autre provenance, nous donnons ici deux autres observations inédites.

Comme on le verra, *cliniquement*, ces obervations se rapprochent beaucoup de notre premier cas, mais les caractères histologiques lui assignent une tout autre origine.

Observation II. — Arm. Hér.., 34 ans ; entrée à l'hôpital Necker, dans le service du Professeur Le Dentu, le 20 juillet 1896.

La malade a remarqué il y a plusieurs années une tumeur située à la partie gauche de la vulve, tumeur qui augmentait progressivement et avait fini par atteindre le volume d'un petit œuf de poule.

Examen. — On constate, en effet, une tumeur de la grande lèvre gauche, qui envahit et distend tout le tiers supérieur de cette dernière et s'étend à la base de la petite lèvre, jusqu'à la paroi supéro-latérale gauche du vagin ; si bien que la petite lèvre forme comme une crête de coq sur la surface libre de la tumeur. Il n'existe aucun changement de coloration à la peau, qui est simplement amincie.

A la palpation, la tumeur est irréductible et nettement fluctuante et ne se prolonge pas profondément dans le vagin.

La malade ne ressent aucune douleur ; seul le coït se trouve quelque peu incommodé. Pendant la marche cette femme est un peu gênée.

Excision. — La tumeur est disséquée, mais s'ouvre pendant l'opération ; il s'écoule un liquide absolument clair.

Sutures à deux plans. Pas de drainage. Réunion par première intention.

Le malade sort de l'hôpital le 1er août.

Examen histologique. — Paraffine. Hématoxyline. Eosine. Fixation des pièces à l'alcool.

La paroi, épaisse de 10 à 12 mm, est composée comme suit :

Epithélium de la muqueuse interne de la grande lèvre, pavimenteux, stratifié et corné, sur derme papillaire ; ce dernier contient une ou deux glandes sébacées.

Stroma conjonctif lamelleux, assez dense, ne contenant pas de fibres musculaires propres, mais renfermant de nombreux vaisseaux. Ceux-ci, surtout du côté de la paroi interne du kyste, sont entourés de nombreux leucocytes et leur endothélium est très épaissi.

L'épithélium kystique est un épithélium stratifié, sur 3 à 15 couches, composé de cellules élevées, étroites par leur base, larges par le haut, très semblables à celles de l'urèthre. Quelques-unes ont subi la transformation muqueuse.

Cet épithélum s'élève sur des papilles très basses et très larges.

On voit que, dans ce cas, la structure se distingue entièrement de notre observation précédente. Le chorion est nettement papillaire, l'épithélium est partout le même, stratifié avec cellules en forme de coin ayant les caractères de celui que les Allemands appellent *Uebergangsepithel* et qui est analogue au revêtement uréthral.

Observation III (1). — Cas de de Bary (1). *Cas* 1. — Petite fille d'une année, porte à la vulve une petite tumeur rougeâtre, molle, fluctuante, longue d'environ 3 centimètres, située tout près de l'urèthre entre le méat et le vagin.

Contenu clair. A l'examen histologique on constate un épithélium stratifié à cellules allongées, semblables à celles qui tapissent l'urèthre (*Uebergangsepithel*).

(1) De Bary. Ueber Zwei Fälle von Cysten in der Wand der weiblichen Harnröhre. (*Virchow's Archiv.*, 1886, vol. 106, p. 56 à 80, 1 pl.)

Cas 2. — Cadavre d'une jeune fille de 23 ans ; morte d'accidents dus à une rétention prolongée des urines (dilatation chronique de la vessie, des uretères, néphrite). A la vulve existe un kyste du volume d'un œuf d'oie, situé entre le canal uréthral et le vagin. Contenu clair, aqueux. L'examen histologique montre que la paroi interne était tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles de la vessie.

Ces cas sont, comme on le voit, analogues aux précédents : même tumeur vulvaire, même contenu liquide, même volume ; cependant ils en diffèrent quelque peu déjà cliniquement par les rapports intimes qu'ils affectent toujours avec les parois uréthrales, ainsi que par leur siège qui est plutôt uréthro-vaginal que vestibulaire.

Cette différence est encore plus marquée à l'examen histologique : ces kystes possèdent un chorion papillaire et ne sont plus revêtus par un épithélium cylindrique sur une ou plusieurs couches avec ou sans cils, mais par un épithélium du type uréthral, à cellules de 3 à 10 couches de forme triangulaire sur une coupe, épithélium en tout semblable à celui que Max Schüller a décrit, au niveau des canaux de Skene, qui s'ouvrent normalement de chaque côté du méat et qui ne sont, comme nous l'avons vu, que les conduits excréteurs des glandes prostatiques de la femme.

Cette origine est d'autant plus probable que, dans le cas de *de Bar*, la surface externe de la tumeur extirpée présentait encore l'orifice d'un des canaux de Skene.

En résumé, il existe à la partie supérieure de la vulve, outre les kystes glandulaires par rétention, des kystes cliniquement semblables, mais de structure différente, dont le diagnostic s'établira surtout par l'examen histologique.

Les uns se développent dans les canaux de Skene et se reconnaissent à leur épithélium spécial.

Les autres prennent évidemment leur origine dans les canaux de Wolff-Gatner. Des arguments tirés de l'anatomie comparée, de l'embryologie, de la clinique, démontrent, en effet l'existence de vestiges wolffiens, au niveau du vestibule. D'autre part, les cas que nous avons réunis, s'ils ne possèdent aucune preuve particulière entraînant l'absolue certitude, réunissent un faisceau de caratères qui permettent de leur assigner presque à coup sûr une origine wolffienne. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

OBSTÉTRIQUE

RUPTURE PROBABLEMENT TRAUMATIQUE DE L'UTÉRUS AU 3e MOIS DE LA GROSSESSE SUIVIE DE L'EXPULSION DU FŒTUS ET DE SES ANNEXES DANS LE LIGAMENT LARGE GAUCHE.

(*Cas observé dans le service du Prof. Le Dentu.*)

Par M. Hivet.

Le 22 mars, à 11 heures du soir, entrait dans le service du Prof. Le Dentu, à l'hôpital Necker, salle Lenoir, une femme âgée de 41 ans, multipare, qui succombait une demi-heure après son arrivée. Le médecin qui l'envoyait avait formulé le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine ; et ce diagnostic avait été fondé sur l'ensemble des symptômes suivants :

Absence de règles depuis 3 mois 1/2.

Douleurs très vives depuis le 19 mars.

Symptômes d'hémorrhagie interne grave le 21 mars au soir.

Présence dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche d'une collection liquide très volumineuse.

L'autopsie fut faite le 24 mars.

A l'ouverture de l'abdomen, on constata tout d'abord que les anses intestinales les plus déclives étaient recouvertes d'un exsudat fibrino-purulent et baignaient dans un liquide louche. Il y avait donc eu péritonite aiguë.

Tout le paquet intestinal étant ensuite récliné en haut ; on s'aperçut que les deux feuillets du ligament large gauche étaient séparés l'un de l'autre par une grosse collection liquide qui, en avant, avait fusé entre l'utérus et la vessie, en soulevant le cul-de-sac vésico-utérin, et qui, en arrière, remontait en suivant les vaisseaux utéro-ovariens jusque dans la région lombaire.

L'utérus était volumineux et débordait de trois bons travers de doigt la symphyse pubienne.

Quant aux annexes droites et gauches, elles étaient parfaitement saines.

On sectionna alors le bord externe du ligament large gauche, et on constata la présence dans son intérieur, au milieu des caillots sanguins qui constituaient la collection liquide d'un fœtus de 3 mois environ avec ses annexes.

On lava prudemment la poche après l'avoir vidée de son contenu ; et on s'aperçut qu'il existait une perforation de l'utérus faisant communiquer largement la poche avec la cavité utérine.

Cette perforation à peu près circulaire, à bords un peu déchiquetés, était grande comme une pièce de 5 fr., et siégeait à la fois sur les faces antérieure et latérale gauche de la portion sus-vaginale du col.

Le vagin était intact.

L'orifice externe du col était entr'ouvert.

Une incision médiane sur la face postérieure de l'utérus ne nous révéla aucune lésion autre que la perforation, mais nous permit de constater que le placenta avait été inséré primitivement sur la face antérieure du corps utérin.

Il s'agit maintenant d'expliquer la perforation. Il n'est pas possible de songer ici à une rupture consécutive à une altération organique quelconque des parois utérines, puisque ces parois étaient absolument saines.

La malade n'ayant subi aucun choc, il n'est pas non plus possible d'invoquer comme cause de rupture un traumatisme extérieur.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'hypothèse d'une rupture spontanée, car nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun exemple de rupture utérine spontanée au début de la grossesse.

Reste une dernière hypothèse : celle d'une perforation consécutive à un traumatisme intra-utérin. C'est assurément l'hypothèse la plus vraisemblable. Il est très probable, vu l'absence de lésions autres que la perforation, que celle-ci a été produite par une tige rigide. L'orifice de rupture au début a donc dû être très étroit ; il s'est ensuite sans doute agrandi sous l'influence des contractions utérines au point de pouvoir livrer passage au fœtus et à ses annexes. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

PÉDIATRIE

LE CARREAU, par le Dr Comby.

Un enfant de vingt et un mois est entrée dans le service de M. Comby avec le diagnostic de carreau.

Cet enfant présente des antécédents héréditaires manifestement tuberculeux ; sa grand'mère maternelle, son père et une de ses sœurs sont morts tuberculeux, un frère est mort de méningite : d'où la tendance à le considérer comme bacillaire.

Né à terme, il est élevé au sein jusqu'à six mois et, à dater de ce moment, on lui donne une alimentation composée de lait, soupe, légumes, pain ; en un mot, il est nourri comme ses parents. La marche est très retardée (19 mois). A cette époque la mère remarque

que le ventre grossit ; l'appétit jusque là conservé disparaît, une constipation opiniâtre s'établit, l'enfant devient triste et refuse de marcher. Tous ces signes se sont aggravés depuis quelques jours.

A l'examen on est frappé du bon état général de cet enfant, il n'y a pas d'amaigrissement et on ne trouve aucun signe de rachitisme. Le ventre est gros, dur, tendu, on n'y remarque pas de circulation collatérale pouvant faire croire à un obstacle siégeant sur le trajet de la veine porte.

La palpation est indolore et ne fait découvrir aucune bosselure, le foie ne dépasse pas le rebord costal, en somme le ventre est uniformément dur par suite de la tension des gaz intestinaux.

La percussion dénote du tympanisme dans la région péri-ombilicale aussi bien que dans les flancs.

Enfin il est un signe qui mérite au plus haut point d'attirer l'attention, c'est le changement de volume du ventre, d'un jour à l'autre. En effet, le lendemain de l'entrée à l'hôpital, le ventre avait déjà bien diminué.

Cette affection, due à un vice de l'alimentation, peut donner lieu à différentes erreurs de diagnostic qu'il importe d'éviter avec soin.

Tout d'abord c'est la tuberculose des ganglions mésentériques appelée vulgairement « le carreau » qui est le plus souvent incriminée ; mais cette affection est exceptionnelle. De plus, le ventre est mou, facile à déprimer et on sent facilement la masse dure, bosselée, formée par les ganglions engorgés située au devant de la colonne vertébrale.

En face d'un gros ventre, on agite souvent aussi la question de la péritonite tuberculeuse; dans ce cas l'état général est défectueux, le ventre est sensible à la palpition et on sent des parties dures, des gâteaux péritonéaux formes par la matière tuberculeuse.

Il faut songer aussi à la cirrhose du foie, qui se traduit par de l'ascite et le développement de la circulation collatérale.

Enfin, il ne faut pas oublier les différentes tumeurs de l'adbomen telles que le sarcome du rein, les kystes de l'ovaire, du mésentère, de l'épiploon, les kystes hydatiques, etc.

La tympanite ne présente aucun caractère de gravité et guérit très bien en quelques jours, grâce à une hygiène alimentaire et à un traitement appropriés.

Traitement : Régime lacté intégral et un lavement composé de :

Miel de mercuriale.....	15 grammes.
Eau tiède.....	250 grammes.

Pour favoriser l'absorption des gaz intestinaux, l'enfant prendra trois fois par jour un des paquets suivants :

Calomel à la vapeur.....	1 centigramme.
Poudre de semences d'anis....	5 centigrammes.
Poudre de noix vomique.....	5 milligrammes.
Lactose.....	5 centigrammes.

Pour un paquet ;

Enfin, une friction journalière sur le ventre avec le liniment suivant :

Huile d'amandes douces..... 20 grammes.
Teinture de noix vomique..... 2 grammes.

Après chaque friction, une bande de flanelle sera appliquée autour du ventre de l'enfant.

Au bout de quelques jours ces onctions ont été remplacées par des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 50 grammes pour 1,000 (un litre). (*Médecine moderne.*)

HÉMORRHAGIES GÉNITALES GRAVES CHEZ LES FILLES NOUVEAU-NÉES.

Par M. Doléris, accoucheur des hôpitaux.

Les traités d'obstétrique et quelques-uns des ouvrages classiques relatifs aux maladies des enfants nouveau-nés ont signalé, depuis longtemps, soit à titre de simple anomalie physiologique, soit à titre de maladie réelle, les hémorrhagies qui apparaissent parfois chez la petite fille, du côté des organes génitaux, dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Je viens d'observer une véritable épidémie de ce genre dans mon service de l'hôpital Boucicaut. Il s'agit de cinq petites filles qui ont été, en même temps, affectées d'un écoulement sanguin par la vulve, avec apparition d'autres hémorrhagies en divers points de l'organisme, notamment l'ombilic, la peau, etc., état général grave, apyrétique et finalement terminaison fatale dans trois cas, peut-être même dans quatre cas sur les cinq observés.

Je veux dire que deux de ces enfants ont succombé dans le service et deux ont été emmenées par leur mère dans un état presque désespéré avec un affaiblissement extrême et perte considérable de poids. Après renseignements pris, nous apprenons que l'une est morte rapidement; le sort de l'autre nous est inconnu. Une seule des petites malades a guéri sous nos yeux.

Il n'est pas inutile de faire une rapide incursion dans le domaine bibliographique pour bien établir ensuite les faits et tenter de les interpréter.

Dans son article *Nouveau-né* du dictionnaire encyclopédique, Depaul est muet sur la question. Gardien, qui s'est étendu beaucoup, dans son livre, sur les maladies des petits enfants et des nourrissons, Cazeaux, Charpentier, Playfair, Budin, Auvard, etc., les anciens comme les modernes, ne fournissent aucun renseignement sur cette singulière anomalie.

Tarnier et Chantreuil, vol. I, p. 150, de leur grand ouvrage sur les accouchements, en parlant des cas de *menstruation précoce* ou *enfantine*, disent qu'il ne faut pas les confondre avec les petits écoulements sanguinolents et passagers qu'on observe assez souvent chez les petites filles quelques jours après leur naissance.

Cette confusion n'est guère possible, en effet, car la menstruation précoce s'entend d'enfants âgés de quelques années, présentant un développement dentaire, génital et mammaire anormal. Ces cas se rapportent à des fillettes de 2, 3 ans au moins. La cause en serait due à l'éclosion précoce et insolite de quelques follicules de Graaf dans l'ovaire.

Leur exposé, si court qu'il soit, a le mérite de bien mettre à leur place deux phénomènes distincts : l'un l'écoulement sanguin insignifiant des premiers jours de la naissance, l'autre le fonctionnement régulier, singulièrement hâtif de l'appareil utéro-ovarien. Nulle gravité, dans l'une et l'autre circonstance.

La question de la menstruation précoce étant hors de cause, il me reste à rechercher ce qui a pu être dit et observé avec précision sur les hémorrhagies à allure tantôt bénigne, tantôt grave, apparaissant chez les nouveau-nés et pouvant débuter par la muqueuse génitale.

Il faut convenir de suite que presque tous les auteurs s'accordent plutôt sur la bénignité de cet accident et que c'est à peine si la possibilite d'un état grave coexistant a été signalé. Il serait plus juste de dire qu'une distinction a été émise par quelques médecins entre la métrorrhagie fugace qui, de même que la fluxion, mammaire, apparaît après la naissance, et la métrorrhagie qui survient à titre d'épisode au milieu d'un complexus morbide dont l'hémorrhagie infantile, quel qu'en soit le siège, est un des éléments.

Cette distinction est nettement exprimée par Boivin et Dugès, dès 1833.

« Pour l'ordinaire, dans ces observations de métrorrhagie chez des nouveau-nés ou des enfants en bas âge, il n'aurait fallu voir qu'un état morbide ; état généralement peu grave, mais qui pourtant doit être accompagné d'effets proportionnés à son intensité et à la nature de sa cause ; un mouvement fébrile l'accompagnerait ou le précéderait probablement presque toujours, et d'autres symptômes inflammatoires coïncideraient souvent aussi avec lui, symptômes qui, dans certains cas, pourraient augmenter les incertitudes, si les mamelles, par exemple, en étaient le siège. »

Suit l'histoire d'une petite fille, chez laquelle se succédèrent

dans les premiers jours de la naissance des métrorrhagies assez abondantes, qui firent place, au moment de leur disparition, à une tuméfaction notable des mamelles, qui acquirent le volume d'un gros œuf de poule et se mirent à suinter un liquide lactescent assez abondant. (B. et D., t. Ier, p. 370.)

Il ne paraît pas que ces deux observateurs, d'une sagacité incontestable, aient poussé autrement loin leurs recherches et l'analyse de ces sortes de faits. J'ai cité leur opinion pour l'idée qu'elle renferme de la possibilité d'une étiologie d'ordre général morbide, mise en regard d'une cause d'ordre physiologique.

Nous retrouvons l'idée d'une cause pathologique générale, mieux exprimée encore dans l'ouvrage de D'Espine et Picot, sur les maladies de l'enfance.

Pour ces auteurs, l'état morbide serait constitué par une prédisposition héréditaire, résumée dans ce terme vague, l'*hémophilie*, et, à ce titre, l'écoulement sanguin par la vulve, associé généralement au purpura, à l'omphalorrhagie, etc., trahirait la tare constitutionnelle, la diathèse hémorrhagique.

Dans d'autres cas, le principe morbide résiderait dans une malformation de l'appareil circulatoire, ou dans des troubles passagers de la circulation ou de la respiration.

A ces deux ordres de causes, se résumerait l'étiologie des hémorrhagies des nouveau-nés.

Je cite textuellement : « *Hémorrhagies vulvaires*. L'écoulement de sang par la vulve peu de temps après la naissance est assez rare ; il a été cependant observé quelquefois dans la première semaine, du quatrième au cinquième jour surtout. Il paraît se rattacher aux mêmes causes que l'apoplexie intestinale ; c'est-à-dire aux troubles de la circulation sous l'influence d'une gêne de la respiration ou d'une disposition anormale du cœur ou des gros vaisseaux. A l'appui de cette dernière hypothèse, on peut citer un cas observé par Pinard dans lequel l'hémorrhagie vulvaire débuta le second jour et dura huit jours, en diminuant progressivement, chez une petite fille atteinte de cyanose congénitale.

« Le sang provenait de l'utérus dans les observations de Billard ; cet auteur constata la présence de caillots sanguins dans la cavité même de la matrice.

« Nous ne parlons pas ici des écoulements sanguins par la vulve, qui peuvent accompagner quelquefois l'hémorrhagie ombilicale ou le purpura dans la diathèse hémorrhagique temporaire.

« L'hémorrhagie vulvaire est quelquefois précédée ou suivie d'une leucorrhée blanchâtre et séreuse, qui paraît démontrer l'exis-

tence d'une vraie congestion utérine. Elle n'est jamais assez abondante pour inspirer des craintes au point de vue de l'anémie. Les organes génitaux externes sont souvent tuméfiés. L'écoulement sanguin dure en moyenne deux jours ; quelquefois il se prolonge pendant un septénaire. Une fois arrêté, il ne se reproduit jamais. Le nom de *menstruation précoce* que lui donnaient les anciens était donc inexact.

« Le pronostic est toujours favorable. Le traitement doit agir contre la congestion ; des bains tièdes suffisent le plus souvent ».

Nous n'aurons pas de mal à démontrer combien est illusoire l'opinion optimiste exprimée dans la dernière phrase.

De nombreux travaux, en étayant soit la doctrine physiologique, soit la doctrine pathologique des hémorrhagies génitales des nouveau-nés, sont venus apporter des éléments étiologiques plus nombreux et Ribemont les a, en partie, mentionnés dans sa thèse d'agrégation en 1880.

A la théorie circulatoire se rattache l'idée exprimée par Porak de la fréquence de l'accident à la suite de la ligature tardive du cordon.

A la théorie de l'hémophilie, Comby (Traité des Maladies de l'enfance) ajouterait volontiers celle de l'*arthritisme* héréditaire, que je traduis ici par artério-sclérose des nouveau-nés.

Dans le même ouvrage, Démelin groupe en deux catégories l'ensemble des hémorrhagies des nouveau-nés. Dans la première catégorie rentrent les hémorrhagies ;

A) de cause traumatique ;

B) de cause circulatoire et respiratoire ;

C) de cause infectieuse dyscrasique.

Dans la seconde catégorie, de beaucoup la moins importante et tout à fait à part, rentrent exclusivement « les écoulements sanguins *quasi-physiologiques* qui se font par les voies génitales des petites filles ». L'auteur leur consacre le paragraphe suivant :

« *Ecoulements sanguins par les voies génitales des filles nouveau-nées.* — Le phénomène se montre d'habitude du 1er au 5e jour après la naissance, mais il apparaît aussi plus tard : il dure quelques jours, puis cesse spontanément pour ne plus revenir. Rarement, il se produit à des intervalles plus ou moins réguliers, pendant un temps variable, et sans jamais avoir plus de gravité.

« Comparée à tort à une menstruation précoce, l'hémorrhagie vulvaire a pourtant des relations avec la poussée ovarienne qui se fait à la naissance. Cette fluxion génitale des petites filles a son analogue chez les garçons nouveau-nés, qui présentent si

souvent des hydro-hématocèles congénitales. Le diagnostic s'impose.

« Le pronostic est toujours bénin (1). Sans doute, il peut se produire par la vulve des écoulements de sang de nature traumatique, dyscrasique ou infectieuse, de même que par toute autre voie, mais c'est là un fait exceptionnel. ».

Quant aux hémorrhagies de la première catégorie, auxquelles il me faut revenir, Démelin les a classées d'une façon suffisamment méthodique, pour qu'on puisse accepter les groupes étiologiques qu'il a établis.

Pour les hémorrhagies traumatiques, il n'y a pas lieu de discuter.

— J'en dirai autant pour celles qui dérivent d'un trouble respiratoire ou circulatoire.

— Reste le troisième groupe des hémorrhagies infectieuses ou dyscrasiques.

Nous y trouvons comme mécanisme les altérations des organes hématopoiétiques : foie, rate, thymus, capsules susrénales, et comme élément pathogène probable un microbe infectieux : le streptocoque, le colibacille, les staphylocoques, selon Charrin ; et peut-être des septicémies d'autre nature : la vaccine anormale entre autres. Le point délicat est de fixer la part qui revient aux lésions organiques ou dyscrasiques et à l'agent infectieux, et même de décider si, dans certains cas, l'altération fonctionnelle des organes de l'hématopoièse indépendante de toute infection microbienne, ne crée pas une sorte de trophisme désorganisateur du sang (dyscrasie), qui suffit à entraîner la tendance aux hémorrhagies. Toutefois, Démelin considère que la diathèse hémophilique voit son champ se rétrécir de jour en jour pour faire place à des notions étiologiques plus précises, telles que celle de l'infection, par exemple. Bar et Rénon, dans le *Journal des Praticiens* du 29 novembre 1893, ont apporté des documents intéressants à la théorie de l'infection. — Ermanie, dans sa thèse de 1897 sur le *melœna vera*, hémorrhagie gastro-intestinale des nouveau-nés, conclut à l'étiologie fréquente par l'infection primitive d'origine alimentaire chez les enfants non nourris au sein.

La *syphilis héréditaire*, de son côté, a conquis une grande place parmi les causes des hémorrhagies du nouveau-né. C'est à elle que l'on rapporte bien des cas de mélœna et d'omphalorrha-

(1) Je note en passant comme je l'ai fait après la citation d'Espne et Picot cette opinion malheureusement controuvée par les faits que j'ai récemment observés, du pronostic bénin dans les cas d'hémorrhagie génitale.

gie, qui s'expliqueraient par des lésions vasculaires, phlébite et artérite, sans préjudice de l'altération profonde du sang.

Cette influence accordée à la syphilis par un grand nombre d'auteurs français et étrangers. Marfan l'accorderait volontiers à l'affection connue sous le nom de *purpura infectieux ou primitif.* « Celui-ci, dit-il, peut se rencontrer dès les premiers jours de la vie et il y a lieu de se demander si la diathèse hémorrhagique ou melœna des nouveau-nés n'en constitue pas une forme particulière. » (*Traité des mal. de l'enf.*, p. 160.)

Enfin, il faut citer la théorie *nerveuse* qui réside dans un état apoplectique miliaire ou en nappe de l'encéphale (Preuschen) capable d'amener trophiquement des lésions ulcératives gastro-intestinales et des hémorrhagies consécutives. Elle dériverait aussi de l'excitation des centres nerveux par des toxines microbiennes, d'où irritabilité excessive de l'innervation vaso-motrice (Widal-Romme). Ce sont des formes de dyscrasie d'origine nerveuse comparables aux purpuras myélopathiques décrits par Faisans.

Je n'abandonnerai pas cette incursion dans le domaine étiologique sans mettre en relief un fait qui a été dès longtemps signalé et qui intéresse spécialement mon sujet, c'est le caractère *endémique* ou *endémo-épidémique* de certaines variétés d'hémorrhagies des nouveau-nés.

Pollak a décrit, en 1871, une sorte d'hématurie grave endémique dans les maternités, que Parrot appela tubulhématie rénale et que Winckel, après en avoir observé 24 cas à Dresde, décrivit comme une *maladie pernicieuse spéciale, apyrétique avec hémoglobinurie.*

Charrin et Laroyenne en avaient observé 14 cas de leur côté en 1873, et Bigelow en décrivit, en 1875, une épidémie à l'Institut de Boston.

Bien que ces faits paraissent s'éloigner du sujet principal de ce mémoire qui a trait à un accident réputé bénin par tous les auteurs, et qualifié même de physiologique, ou de quasiphysiologique, ils devaient être rappelés précisément ici, pour justifier la relation de similitude qui existe entre ces hémorrhagies épidémiques graves par les voies urinaires, et à celle que j'ai observée sur les voies génitales, précisément avec ce même caractère épidémique grave si singulier.

Il n'était pas inutile non plus de résumer les nombreuses doctrines étiologiques émises jusqu'ici en signalant le rôle présumé de la syphilis et en mettant en relief surtout la théorie de l'infection du sang, des organes de l'hématopoièse, des centres ner-

veux vaso-moteurs et trophiques, par des microbes pathogènes ou par leurs toxines.

Quant à ces microbes invoqués indistinctivement comme cause de l'infection, s'il en est de banaux ou qui commencent à être regardés comme tels, certains ont été indiqués en quelque sorte comme spécifiques du moins dans le melœna (Gærtner) sans compter que le bacille pyocyanique, le pneumocoque, etc., ont pris place dans cette étiologie à côté des staphylocoques divers et des streptocoques dont on trouve des variétés si dissemblables. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Une première génitale !

Fatiguée, abattue, émotionnée, tout le soir de mon mariage, m'avait plongé dans un état nerveux spécial, sans doute propice au grand acte qui allait s'accomplir, et qui devait faire de la jeune fille une femme.

Anxieuse au fond, tranquille en surface, j'attendais dans la couche nuptiale l'arrivée du partner que la nature et la loi m'avaient donné.

Curieuse de la chose, inquiète des moyens, docile par principe, résignée par nature.

A un moment donné un être caressant s'approche de moi, m'effleure, m'enveloppe, m'enlace.

Jusque-là rien de particulier ; cet enlacement serait délicieux, s'il n'était pas suivi d'une inconnne.

La crainte retient sur cette route de l'abandon.

Dans cet envahissement progressif, dans cette excitation successive qui, partant de la périphérie du corps gagne le centre, l'homme est singulièrement ardent.

Glissant sur une pente irrésistible, il va, avance et chaque seconde entraîne vers un précipice dont le fond est obscur, noir, ombragé.

Je me laissais entraîner, ne raisonnant plus, vaincue, ne sachant ce qu'on me voulait et désireuse d'en finir.

J'ignorais ce qu'on désirait de moi, mais désirais ce que j'ignorais.

Bref, à un moment donné, je ne me rappelle plus exactement où ni comment j'étais, où et comment mon mari était, j'éprouvai une sensation de déchirement, d'éclatement ; on me blessait, j'étais sur le point de crier, et je croyais à une erreur de mon conquérant.

Sous cette cruelle impression, je voulais m'échapper, me soustraire ; il n'était plus temps : vaincue, harassée, enveloppée, torturée, enlacée comme le gibier dans un filet, mes mouvements étaient inutiles.

Mes efforts ne faisaient qu'augmenter ma douleur, et paraissaient redoubler la fureur pénétrante de mon maître.

Ce fut une lutte de quelques secondes, lutte où je ne pouvais re-

prendre haleine, et où tout mon être ignorait comment retrouver des moyens de défense.

J'étais étouffée, palpitante, oscillante comme la proie entourée dans les circonvolutions d'un énorme serpent.

Ivre de douleur, d'effarement et d'imprévu, j'allais m'évanouir au milieu de cet orage qui avait étourdi tous mes sens, quand tout à coup le calme se fit.

Tout rentra miraculeusement dans l'ordre.

L'homme majestueux qui venait de me terrasser gisait à côté de moi, subitement calmé.

Le sacrifice était consommé ; mon mari m'annonça que j'étais femme.

Il redevint caressant, doux ; il sembla vouloir s'excuser de la brutalité avec laquelle il m'avait traité, brutalité, paraît-il, nécessaire.

Cette grande initiation ne peut se faire autrement.

Enfin je voulus bien accepter tout ce qu'il me dit, mon expérience étant naturellement nulle sur ce point, et l'on pouvait me raconter n'importe quoi, j'étais disposée à tout croire.

Enfin, j'étais femme !!

Et c'était tout.

.˙.

Le lendemain, interrogée par une de mes amies, mariée elle-même qui désirait connaître mes impressions pour les comparer aux siennes, je fus embarrassée pour répondre.

Je ne m'étais pas rendu compte de grand'chose.

J'avais senti une effraction douloureuse, qui m'avait plongée dans un grand trouble, dans lequel j'avais perdu toute faculté d'analyse ; au sortir de ce trouble tout était terminé, mes régions féminines les plus intimes restaient saignantes et douloureuses. Tout ce que je savais se bornait à peu près à cela.

.˙.

Pourquoi faut-il que chez la femme cette défloration soit douloureuse ? Sans doute pour en faire un acte plus solennel.

J'ignore si cette douleur qu'il impose à sa nouvelle compagne peut être agréable à l'homme. Moralement elle lui assure l'intégrité de l'être qui vient de se donner à lui.

Mais dans cette minute solennelle, la douleur qu'il impose à la femme ne doit-elle pas elle-même être pénible à l'homme ?

Ne lui faut-il pas un courage spécial, à moins qu'on désigne d'un autre nom le sentiment qui le guide, pour imposer cet acte douloureux et parfois terriblement douloureux ?

Et cependant, il le faut, s'il manque son entrée, si la défloration ne se fait pas dès cet abord, l'effet est mauvais, la femme arrive rapidement à cette idée que son mari est un maladroit ou qu'il ne l'aime pas et il en est de la défloration comme des dîners, réchauffés, ils ne valent rien.

De ce premier acte découle quelquefois tout le bonheur ou tout le malheur des années consécutives.

De cette première scène dépend tout le sort de la pièce vitale qui va suivre, maris ne l'oubliez pas.

De la façon dont vous cueillerez cette première fleur peut résulter tout votre avenir ; ingéniez-vous donc à la bien cueillir !!

THÉRAPEUTIQUE

Action du Seneçon (Senecio Jacobéa) sur la menstruation et la grossesse. (W. Fothergill.)— L'auteur pose les questions suivantes :

1° Ce remède peut-il provoquer l'avortement chez une femme enceinte ?

2° Peut-il amener les règles, chez les femmes où celles-là sont absentes d'une manière anormale ?

3° Chez les femmes dont les règles apparaissent régulièrement, le senecio est-il en état d'en accélérer l'apparition.

4° Fait-il disparaître les douleurs de la dysménorrhée ?

Pour répondre à toutes ces questions, l'auteur prescrivit le senecio jacobœa sous forme d'extrait et d'infusion, à 7 femmes enceintes, à 10 femmes atteintes d'aménorrhée soi-disant fonctionnelle, à 6 femmes dont les règles revenaient régulièrement et à 4 dysménorrhéiques.

Voici les résultats obtenus par l'auteur :

1° Ainsi que l'avait déjà observé *Murrell*, le senecio ne provoque pas de fausses couches ;

2° Il ne fait pas venir les règles en cas d'anémie très accusée et de phtisie avancée ; mais, en revanche, il agit comme emménagogue efficace en cas d'aménorrhée fonctionnelle ;

3° Chez les femmes dont les règles reviennent régulièrement, le senecio peut les faire apparaître avant le délai normal sans troubler en rien la régularité des règles ultérieures ;

4° Le remède n'exerce aucune influence sur les douleurs de la dysménorrhée.

La première conclusion est exactement le contre-pied de celle tirée par *M. Bardet* à la Société de thérapeutique et dans laquelle l'auteur affirme que le seneçon est capable de provoquer l'avortement. Un cas obtenu fortuitement, chez une femme qui n'avait jamais eu de fausse couche, ne laisse aucun doute à cet égard et, quoi qu'en dise *Murrell*, le seneçon est une drogue absolument dangereuse au point de vue d'une grossesse possible. (*Nouveaux remèdes*, 8 mai 1898.)

Traitement des bartholinites chroniques. (Cordier.) — Dans la bartholinite aiguë, il est préférable d'attendre l'ouverture spontanée, et si on se décide à inciser, le faire tard, non au point le plus fluctuant, mais près de l'orifice du canal excréteur.

Pour les bartholinites chroniques, avec poussées inflammatoires et abcès périodiques, et suintement en général contagieux, persistant dans l'intervalle des poussées, on a proposé et pratiqué l'ablation.

Cette ablation sur ces tissus mobiles, très vasculaires, n'est pas facile à exécuter d'une façon complète, et s'il reste quelques débris de la glande les récidives sont possibles. Même en cas d'extirpation complète, la plaie suppure, la cicatrisation est lente, la cicatrice plus ou moins déformante.

Les injections par l'orifice de la glande ne donnent que de médiocres résultats.

M. Cordier a donc essayé des injections interstitielles faites en plein tissu glandulaire avec la seringue de Pravaz et après divers essais s'est arrêté à l'emploi d'une solution à saturation d'acide salicylique dans l'alcool. Il immobilise la glande entre les doigts et injecte un demi-centimètre cube de cette solution. La douleur est modérée, l'inflammation consécutive médiocre, la suppuration est rare et la guérison complète en cinq ou six jours. Une seconde injection est rarement nécessaire. Pour les kystes, le traitement est le même.

M. Horand conseille pour la bartholinite aiguë l'incision large et la cautérisation au nitrate d'argent ; pour la chronique il accepte volontiers le traitement de M. Cordier.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation.— *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana.— *Eau naturelle purgative antiseptique.*

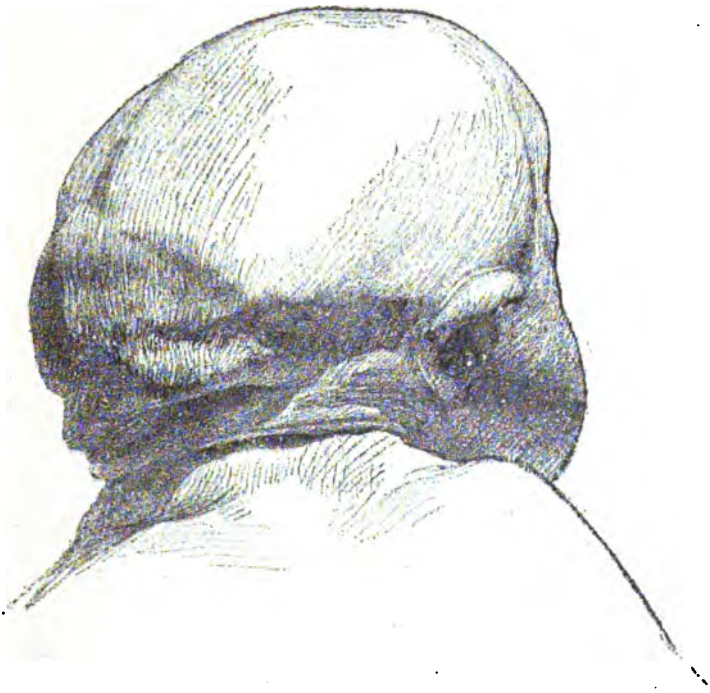
OBSTÉTRIQUE

DÉFORMATIONS DE LA TÊTE FŒTALE ET ABSENCE DE BALLOTTEMENT CÉPHALIQUE DANS UN CAS DE PRÉSENTATION DU SIÈGE AVEC OLIGO-AMNIOS.

N° 937, primipare, âgée de 21 ans, domestique, entre le 25 avril à la Maternité, dans le service de M. Porak.

A. *héréditaires.* — Père mort d'une fluxion de poitrine.

A. *personnels.* — La femme ignore à quel âge elle a marché.



Elle a été réglée à 12 ans 1/2 et n'a jamais été malade.

Les dernières règles datent du 3 août.

Evolution normale de la grossesse.

A l'entrée de la malade, le diagnostic du siège décomplété mode des fesses est porté avec des réserves, car on ne sent pas de ballottement céphalique. Le liquide amniotique semble faire presque totalement défaut.

Le 1er mai, la malade est prise de douleurs dans l'après-midi. A 5 heures, évacuation de liquide en très faible quantité. Aucune

partie fœtale n'est plus appréciable au palper. Au toucher, on confirme le diagnostic de présentation du siège en sacro-iliaque gauche. A 10 heures 45, le siège apparaît à la vulve, l'accouchement est terminé par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant du poids de 3420 grammes, ne respirant pas. On pratique l'insufflation et la respiration artificielle. L'enfant, ranimé au bout d'une 1/2 heure, est mis en couveuse.

Il présente une asymétrie crânienne prononcée. Le bord supérieur du pariétal gauche est refoulé sous le pariétal droit. Ce dernier est plus convexe que le gauche. Au-dessous de l'oreille droite existe une dépression notable, semblant correspondre à la saillie de l'épaule du même côté qui peut s'y loger exactement, attitude qui semble avoir été celle du fœtus pendant la grossesse et qui explique l'absence de ballottement céphalique.

Les jours qui ont suivi la naissance, la tête de l'enfant s'est arrondie. Ainsi les diamètres antéro-postérieurs sont restés les mêmes à dix jours de distance, à savoir l'occipito-frontal 12 cent. 1/2, et l'occipito-mentonier, 13 cent. 1/2, le sous occipito-bregmatique 10 cent. 1/2, tandis que le bi-pariétal passait de 9 cent. 1/2 à 9 cent. 8 et le bi-temporal de 8 cent. 1/2 à 8 cent. 9. (*Soc. obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

L'EMBRYOTOMIE RACHIDIENNE

M. le Dr Manuel Barreiro, chef de clinique à la Maternité de Mexico, a adressé à la Société obstétricale de Paris un travail plein d'intérêt sur l'*embryotomie rachidienne* dans les présentations de l'épaule négligées, alors que l'enfant a succombé et que tout espoir de réussir la version pelvienne est perdu.

Son étude comprend deux parties bien distinctes.

1° Dans l'une, il considère que la section rachidienne, pratiquée au niveau du cou, peut avoir l'inconvénient :

a) De ne pas laisser facilement descendre le tronc quand les tractions sont exercées sur le bras procident (l'épaule supérieure butant contre la tête fortement enclavée dans le segment inférieur contracturé).

b) De rendre quelquefois bien malaisée l'extraction de la tête seconde. En effet, les doigts, introduits dans la bouche fœtale, ne prennent qu'un point d'appui fragile sur le maxillaire et, d'autre part, la tête, en raison de sa mobilité, est difficilement saisie entre les cuillers d'un forceps ou d'un basiotribe.

Pour parer à ces deux inconvénients, notre confrère propose

de toujours sectionner, non pas le cou, mais le tronc, en bandoulière, de haut en bas, de l'aisselle supérieure au cou. De la sorte, en tirant sur le bras inférieur, on abaisse facilement le tronc, l'épaule supérieure, restant attachée à la tête, ne vient plus, pendant l'extraction du tronc, heurter dans la descente le bloc céphalique. Des schémas démonstratifs établissent combien le dégagement du tronc est alors facilité.

En surplus, le bras supérieur permet ensuite d'entraîner en bas la tête et favorise singulièrement son extraction.

Telles sont les conclusions de la première partie du travail.

Après décollation, je dirai normale, décollation cervicale vraie, bien rarement on voit le tronc résister aux tractions exercées par l'intermédiaire du bras prolabé, attendu qu'un léger déplacement fait toujours glisser l'épaule supérieure soit en avant, soit en arrière de la tête. Pourtant, il se peut qu'une certaine résistance se produise ; en tout cas il n'y a qu'avantage à simplifier, et le conseil de M. Barreiro est certainement bon.

D'ailleurs, cette pratique de la section oblique axillo-cervicale est ancienne. Pour ma part, voilà déjà longtemps, plus de 6 à 7 ans, que j'ai pratiqué des sections rachidiennes de cette sorte et, la première fois tout au moins, je dois l'avouer, sans le vouloir. C'était à la clinique de la rue d'Assas, dans l'application du crochet qui précède toute embryotomie, en retournant le crochet glissé à plat dans la paume de ma main pour le loger et l'enfouir dans le sillon cervical, la pointe releva le bras supérieur et s'insinua sous l'aisselle. Je sentais en arrière le bouton du crochet, je procédai à la section et ce ne fut pas sans surprise que je m'aperçus que le fœtus était coupé en écharpe, le bras supérieur adhérent à la tête. Comme les choses n'avaient pas marché plus mal, plus tard je ne me souciai plus de mettre mon crochet dans le sillon de l'aisselle ou le sillon du cou et même j'ai souvent recherché, de parti pris, le sinus axillaire. J'ai vu souvent depuis de mes collègues et de mes maîtres agir de même.

M. Barreiro tient à ce qu'il soit fait ainsi méthodiquement. Nous ne saurions le contredire.

2° Dans la seconde partie, notre confrère décrit un instrument nouveau, rappelant les embryotomes de P. Thomas et de Ribemont. Son instrument l'emporterait sur ceux-ci : il s'articule mieux à la partie supérieure ; sa courbure parabolique s'adapte plus exactement aux parties à diviser : l'expérimentation l'a démontré.

Où M. Bareiro nous paraît exprimer une opinion douteuse, c'est quand il compare son instrument à l'embryotome rachidien

Tarnier et le juge bien préférable. Que M. Barreiro ait avec succès plus de 30 fois réussi dans ses embryotomies, cela prouve qu'il a l'habitude de se servir d'un bon instrument et que rarement on éprouve un échec quand on manie habilement un outil familier ; mais prétendre que l'embryotome Tarnier ne peut que difficilement permettre la section oblique dont il a été parlé plus haut et qu'avec cet instrument on n'est pas sûr de ne pas couper ou déchirer le col, c'est — à mon sens — très fort s'aventurer et c'est émettre une opinion contre laquelle, en connaissance de cause, je proteste.

Mais c'est point de détail.

M. Barreiro ne s'en tient pas là : il passe en revue les diverses circonstances embarrassantes où l'accoucheur peut se trouver. S'il considère qu'on doit de préférence recourir à la section oblique de l'aisselle supérieure au cou, il admet qu'il faudra — si l'on ne peut atteindre en haut l'aisselle — aller du cou à l'aisselle inférieure, comme l'avait préconisé A. Dubois. Si l'état de macération du fœtus était très accentué, on choisirait la section biaxillaire d'une aisselle à l'autre pour laisser les deux bras attachés à la tête. Sa préoccupation principale est de ne pas laisser la tête isolée dans l'utérus. Cette crainte est peut-être excessive.

Dr Tissier.

RÉTENTION D'UN PLACENTA ABORTIF PENDANT 101 HEURES SANS ACCIDENTS. — ANTISEPSIE. — INJECTIONS INTRA-UTÉRINES CHAUDES AU PERMANGANATE DE POTASSE. — ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE. — EXPULSION SPONTANÉE DES ANNEXES. — SUITES NORMALES.

Par le Dr Loviot.

Le lundi 9 mai, dans l'après-midi, je me rencontrai avec mon excellent confrère le docteur N... auprès de Mme L..., sage-femme qui avait expulsé le samedi précédent, à 5 heures de l'après-midi, un fœtus de 3 mois 1/2 environ, mais n'était pas encore délivrée. Au reste, pas d'hémorrhagies, pas d'infection, grâce aux précautions recommandées par mon confrère et minutieusement prises par Mme L... dont le sang-froid et la tranquillité d'esprit étaient tout à fait remarquables. On eût dit qu'il s'agissait non d'elle, mais d'une de ses clientes.

La température était normale. J'appris cependant qu'on avait constaté 38°5 la veille au soir, mais sans frisson, et qu'un grand lavement ayant amené une déplétion intestinale abondante, la fièvre était tombée peu après.

Je pratiquai une injection chaude intra-utérine au permanganate de potasse, 50 centigr. par litre, après toilette vulvo-vaginale antiseptique. Pansement vulvaire occlusif à la ouate et à la gaze hydrophile. Séjour absolu au lit.

Le lendemain mardi, la situation restant la même, nouvelle injection chaude intra-utérine dans la matinée. Je prescris un gramme de sulfate de quinine, 50 centigrammes, avant chacun des deux principaux repas.

A 4 heures de l'après-midi, perte de caillots avec quelques douleurs.

Le mercredi, nouvelle injection intra-utérine, continuation du sulfate de quinine, 1 gr. par 24 heures.

A 10 heures du soir, expulsion avec hémorrhagie et douleur d'un arrière-faix complet, sans odeur, ni trace d'altération.

Pendant tout ce temps, la température est restée normale, l'état général étant très satisfaisant.

Suites de couches sans le moindre incident.

Mme X. a eu une vie obstétricale assez mouvementée :

1° Il y a 10 ans, avortement au 35e jour, 3 jours après, extraction avec pinces du reliquat de l'œuf ;

2° Il y a 9 ans, accouchement à terme (enfant très gros, 12 livres ?) Forceps. Délivrance artificielle, 6 heures après;

3° La même année, 6 mois après, fausse couche de 2 mois en 2 temps. 5 jours après, extraction des annexes du fœtus avec pince ; infection et fièvre, l'antisepsie ayant été insuffisante ;

4° Il y a 7 ans, accouchement à terme très prompt, le placenta a suivi immédiatement l'enfant, une fille très petite ;

5° Il y a 5 ans, avortement à 4 mois 1/2. Délivre expulsé spontanément sans douleurs, 9 jours après la sortie du fœtus. Pas de traitement. Pas d'antisepsie. Fièvre. Métrite, 2 mois au lit ;

6° Grossesse actuelle. Dernières règles, 21 janvier 1898. Avortement de 3 mois 1/2 environ. Fœtus expulsé le 7 mars à 5 heures de l'après-midi. Délivre expulsé spontanément le mercredi suivant à 10 heures du soir. Antisepsie, Injections intra-utérines chaudes antiseptiques (permanganate de potasse). Administration du sulfate de quinine, 1 gr. par jour, pendant deux jours. Pas d'infection. Suites normales.

Nous avons relaté cette observation, pour montrer une fois de plus qu'un intervalle assez long, voire de plusieurs jours, peut exister entre les deux temps de l'avortement, expulsion du fœtus, expulsion de l'arrière-faix, sans inconvénient pour la parturiente, si l'on a soin de pratiquer une antisepsie génitale régulière et sans qu'il y ait lieu d'intervenir autrement que par des

injections intra-utérines chaudes dont nous avons eu maintes fois à nous louer au point de vue antiseptique et ocytocique.

Pourquoi s'obstiner à extraire un placenta entier, encore adhérent, encore vivant, et parfaitement inoffensif, si on le préserve, par l'antisepsie vulvaire, vaginale, intra-utérine et par un pansement vulvaire bien fait, de toute contamination ? Ne se détachera-t-il pas à son heure, et ne sera-t-il pas expulsé, dans la pluralité des cas, simplement, spontanément, par le fait d'un nouveau travail absolument physiologique ? Il n'en serait pas de même bien entendu, s'il s'agissait d'une rétention partielle, et à plus forte raison, s'il y avait des accidents : hémorrhagies graves et surtout infection, légitimant et commandant une intervention immédiate et radicale.

Quel rôle a joué le sulfate de quinine dans notre cas ? Il a été parfaitement supporté par la malade, et bien qu'il soit malaisé de déterminer sa part ocytocique, nous pensons qu'on pourra joindre son administration à l'emploi des injections intra-utérines, pour hâter le décollement et l'expulsion du délivre retenu dans la cavité utérine.

Notons, qu'à moins d'indications expresses, il faut être sobre d'injections intra-utérines chaudes au sublimé dont la répétition et même l'usage modéré, surtout si le fonctionnement du rein n'est pas parfait, peut provoquer une intoxication rapide et des plus graves. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Par le Docteur Demelin,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Toute femme qui devient mère doit allaiter son enfant. Cet axiome n'est pas nouveau ; les philosophes, les médecins, les législateurs de tous les temps sont d'accord pour le proclamer. L'un des plus éloquents défenseurs de l'allaitement maternel a été Jean-Jacques Rousseau. Avant lui, Ambroise Paré avait écrit que les femmes qui ne nourrissent pas, ne sont que des « demi-mères » qui ne deviendraient réellement mères qu'à la condition de nourrir leur enfant de leurs propres mamelles. Aulu-Gelle compare les femmes qui refusent de nourrir à celles qui se font avorter. Enfin, Lycurgue imposait aux Lacédémoniennes l'obligation d'allaiter.

Aujourd'hui, comme autrefois, tout le monde reconnaît l'indiscutable supériorité de l'allaitement maternel. Et, cependant, il

existe des contre-indications nombreuses. C'est que, pour nous, Médecins, si l'état physiologique et normal commande l'obéissance à la loi naturelle, la maladie, de son côté, suscite de nombreuses exceptions à la règle.

Pour les étudier au grand complet, il faudrait passer en revue toute la pathologie médicale et chirurgicale et étudier chaque type morbide dans ses rapports avec la lactation.

Il est possible de condenser en quelques pages les principes généraux d'après lesquels on doit recommander ou interdire l'allaitement maternel, dans l'intérêt de la femme ou de l'enfant, souvent des deux à la fois.

Une sécrétion qui est susceptible de faire perdre à l'organisme jusqu'à 1,500 et 2,000 grammes de liquide par jour, jointe aux fatigues de toute espèce, aux refroidissements difficiles à éviter au moment de la tétée, à l'interruption du sommeil, etc., tout cela peut altérer une santé délicate et déjà compromise, sans compter que le voisinage seul de la mère est parfois un danger pour l'enfant, et que, d'autre part, interviennent les modifications subies par le liquide nourricier dans sa quantité comme dans sa qualité.

La *tuberculose*, en cours d'évolution, contre-indique formellement l'allaitement maternel, pour toutes les raisons qui viennent d'être exposées. La femme qui se découvre la poitrine pour donner à téter, s'expose à des refroidissements capables de déterminer ou d'entretenir une bronchite ou une congestion pulmonaire particulièrement grave, dans l'espèce. Les fatigues, la fonte cellulaire aboutissant à la secrétion lactée sont des causes de déperdition qui accélèrent la marche de la maladie. En outre, l'enfant court de grands risques au contact de sa mère dont l'ambiance est dangereuse par les bacilles qui fourmillent dans les produits expectorés. Exceptionnellement, enfin, le lait peut être contaminé par les germes infectieux, si la mamelle est malade, à supposer (ce qui d'ailleurs n'est pas prouvé) que le microbe de Koch ne passe pas du sang dans le lait sans tuberculose mammaire.

Mais on va plus loin. Tarnier et Budin déconseillent l'allaitement aux femmes qui, sans présenter des lésions tuberculeuses actuellement en cours, ont des antécédents héréditaires dûment reconnus capables de créer une prédisposition à la tuberculose.

A côté de cette contre-indication absolue, qui est peut-être unique, il en est une foule d'autres qui sont relatives. Etudions-les d'abord au point de vue de la mère seule.

Les maladies du cœur, du poumon, du rein, du foie, du sys-

tème nerveux, du sang, etc., tantôt permettent et tantôt proscrivent l'allaitement maternel. Ce qui importe, c'est moins la nature de l'affection que son degré de gravité et son retentissement sur l'état général.

Ainsi personne n'aura l'idée de conseiller l'allaitement à une asystolique ; au contraire, beaucoup de femmes sont atteintes, et sans s'en douter, de rétrécissement mitral pur, et nourrissent leur bébé sans en être fâcheusement impressionnées.

La pneumonie, la grippe, pendant les suites de couches sont souvent très graves ; elles sont en outre contagieuses ; aussi la mère et l'enfant ont-ils intérêt à être séparés en pareil cas.

L'albuminurie gravidique simple persistant après l'accouchement est compatible avec l'allaitement par la mère ; toutefois il faut faire une restriction commandée par la persistance de cette albuminurie, lorsqu'elle paraît être entretenue par la lactation. Il va sans dire que les néphrites graves, les symptômes urémiques contre-indiquent la nourriture au sein maternel.

Les nourrices atteintes de coliques hépatiques peuvent être envoyées à Vichy avec leur nourrisson, et continuer d'allaiter. Cependant, il y a des jeunes femmes qui sont obligées de sevrer leur enfant parce qu'elles sont prises de coliques qui ne disparaissent qu'après le sevrage.

Si la lactation est une cause adjuvante de manie puerpérale (Jacquemier), si elle favorise le retour des crises d'épilepsie, d'hystérie, de chorée, il n'en est pas moins vrai que beaucoup d'hystériques ou d'anciennes choréiques nourrissent avec succès : tout dépend de l'influence exercée par la lactation dans chaque cas particulier.

Uffelmann interdit l'allaitement à toutes les anémiques, même si elles ont du lait. C'est là certainement une exagération. D'ailleurs, l'anémie et l'état nerveux sont les prétextes les plus fréquemment invoqués par les familles pour obtenir du médecin que la jeune accouchée ne nourrisse pas. Notre rôle est de montrer quand la santé de la jeune mère permet l'allaitement, tout en lui laissant naturellement la liberté avec la responsabilité de faire autrement.

Les cachexies cancéreuse, paludéenne, diabétique, etc., interdisent bien entendu l'allaitement au sein.

Parmi les maladies qui viennent d'être citées, ce n'est donc pas, nous l'avons dit déjà, la nature de l'affection qui doit primer, c'est au contraire son degré de retentissement sur l'état général. Rien n'est donc plus facile à reconnaître dans les cas bien tranchés. Mais, pour les autres, comment se déterminer ? Le plus simple

est d'interroger la glande mammaire elle-même ; si le lait est abondant et de bonne qualité, c'est que l'état général est peu modifié par la maladie locale, et l'allaitement au sein peut être continué.

Une autre question se pose. Voilà une accouchée atteinte d'une affection quelconque, mais à un faible degré ; l'allaitement serait possible d'après la quantité de lait fourni ; mais cet allaitement ne va-t-il pas aggraver la maladie, et la faire évoluer rapidement ? Le problème est souvent délicat à résoudre ; pourtant, l'examen de la sécrétion lactée, son abondance,ses qualités nutritives dûment reconnues par l'état de l'enfant sont d'un bon pronostic. Si donc une acccouchée, atteinte par exemple d'une cardiopathie bien compensée, fait une montée laiteuse normale et abondante, on peut, à titre d'essai, mettre l'enfant au sein ; s'il augmente régulièrement sans fatiguer sa mère, tout est pour le mieux. Dans le cas contraire, le sevrage doit être conseillé à la première alerte.

Un raisonnement pareil est de mise après les grandes opérations. Si la femme est robuste, elle peut nourrir son enfant, et Maygrier a publié récemment l'observation d'une femme qui allaita après avoir subi l'opération césarienne. A plus forte raison, après toute autre opération, obstétricale ou non. La contre-indication viendrait du mauvais état général, ou de la débilité de l'opérée.

Il existe, quoi qu'on en dise, des contre-indications locales à l'allaitement maternel. Les bouts de sein dits ombiliqués rendent toute succion impossible. Quelquefois, les téterelles rendent ici de réels services ; mais il arrive aussi que les conduits galactophores sont assez superficiels sous la peau pour être aplatis par le verre de la téterelle au moment de la succion qui se fait alors à vide, et l'enfant n'avale rien, bien que la glande fonctionne.

Les excoriations, crevasses, gerçures,permettent l'allaitement, malgré les douleurs souvent très vives qu'elles déterminent. Les calmants, les astringents, la cocaïne, etc., les téterelles sont d'excellents moyens à utiliser en pareille circonstance ; l'accident est passager, et beaucoup de mères supportent avec énergie la souffrance qui les attend à chaque tétée, jusqu'au jour où la guérison vient. Telle est la règle, mais elle comporte un certain nombre d'exceptions. Il est des femmes qui, avec la meilleure volonté du monde et le plus grand courage, souffrent tellement à chaque effort de succion que la tétée devient impossible : c'est un supplice intolérable répété toutes les deux heures, qui

inspire à la malade une véritable terreur ; son état moral s'altère ; partagée entre le désir bien sincère de nourrir et la crainte de livrer son sein gercé au nouveau-né qui le mord, son irritabilité nerveuse devient excessive et sa santé générale peut en souffrir. Il n'y a qu'à éloigner l'enfant, quitte à reprendre plus tard l'allaitement. (*Revue obstétricale*, juillet 1898.)

GYNÉCOLOGIE

SYPHYLOME MAMMAIRE, TRÈS PROBABLEMENT HÉRÉDITAIRE, CHEZ UNE VIERGE AGÉE DE 33 ANS. PREMIÈRE MANIFESTATION TARDIVE,

Par M. Ozenne, chirurgien de Saint-Lazare.

Si la mamelle, comme on le sait, n'a jamais été un siège de prédilection pour les manifestations syphilitiques, elle n'en est pourtant pas à l'abri et je ne crois pas que, de nos jours, l'on conteste sérieusement la nature spécifique de certains néoplasmes mammaires bien observés.

Mais ces faits, qui ont été livrés à la publicité, ne se rapportent qu'à la syphilis acquise. Comme manifestation héréditaire le syphilome mammaire serait tout à fait exceptionnel, si l'on en juge par le silence des auteurs, qui ont traité de la maladie en se plaçant au point de vue congénital.

Aussi l'observation, que nous allons rapporter, nous a-t-elle paru digne de vous être communiquée et d'autant plus intéressante, que la lésion, apparue chez notre malade indemne de tout accident antérieur, serait la première manifestation tardive relevant de l'hérédité.

Le 28 octobre 1897, notre confrère le Dr Neubauer, d'Asnières, nous adressait une de ses clientes, âgée de 33 ans, portant dans le sein droit une tumeur, dont quelques-uns des caractères semblaient de nature à en faire redouter la malignité.

Cette tumeur, datant de 5 à 6 mois, occupait la partie supérieure et interne du sein. La malade ne s'en était aperçue que par hasard, alors qu'elle avait déjà le volume d'une forte amande. Ce volume s'était progressivement accru et, dans les dernières semaines, le sein tout entier lui avait paru augmenter de grosseur, en même temps qu'elle y éprouvait de temps en temps quelques élancements de courte durée.

Le jour de notre examen, la tumeur avait atteint le volume d'un petit œuf de poule ; elle était d'une consistance ferme, mais non d'une dureté fibreuse, régulière, arrondie et à peine sensible à la pression. Occupant la partie supérieure et interne de la glande mammaire dont elle ne pouvait être isolée, elle l'accompagnait

dans les mouvements que l'on imprimait à la glande soit dans le sens transversal, soit dans le sens vertical. Sa situation réelle par rapport à cette dernière était celle d'une grosseur qui se serait développée dans l'un des lobules de la périphérie. Mobile sur les parties profondes, elle adhérait à la face profonde de la peau, que l'on ne pouvait soulever isolément à son niveau. En ce point, de même que dans le voisinage, le tégument avait d'ailleurs conservé son aspect normal.

La mamelle, abstraction faite du néoplasme, était dans sa totalité plus grosse que celle du côté opposé. On n'y trouvait cependant aucune autre tumeur du même genre ; mais un certain nombre de ses lobules étaient plus nettement perçus que ceux de la mamelle gauche, lorsqu'on aplatissait la glande sur la paroi thoracique. L'un de ces lobules, en particulier, situé un peu en dehors de la tumeur, dont il était indépendant, était dur, indolent et de la grosseur d'une noisette.

Le mamelon était normal et jamais il ne s'en était écoulé de liquide soit séreux, soit sanguinolent. Pas d'induration lymphatique dans la région externe du sein et aucun engorgement ganglionnaire de l'aisselle, ni du creux sous-claviculaire. Aucune lésion apparente à la périphérie du sein, ni sur les côtes, ni sur le sternum, ni dans le sein du côté gauche.

Sur le reste du corps on ne relevait d'autre lésion qu'une cicatrice à la région sous-maxillaire gauche, trace d'un foyer suppuré qui s'était abcédé deux ans auparavant. Cette cicatrice était blanchâtre et légèrement rétractée.

Comme antécédents morbides personnels, la malade n'accusait que de fréquents enrouements, qui disparaissaient spontanément après 2 ou 3 jours de durée. Assez forte et bien constituée, quoique petite, elle présentait un développement général, qu'aucune tare ne semblait avoir arrêté dans son évolution.

Sans entrer dans le diagnostic détaillé des différentes tumeurs auxquelles on pouvait songer dans ce cas, nous rappellerons que l'âge de la malade, le siège de la lésion (partie supéro-interne de la glande), l'absence de tout écoulement par le mamelon et l'absence d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle ne devaient pas faire pencher vers le diagnostic de tumeur maligne. La tumeur était adhérente à la peau, il est vrai ; mais l'on sait que cette adhérence, même en produisant l'aspect « dit peau d'orange » ne se rencontre pas exclusivement que dans les tumeurs malignes.

Ces dernières éliminées (cancer, épithéliome, sarcome), les signes, que nous avions recueillis, ne concordaient guère avec l'hypothèse que l'on se trouvait en présence de la maladie kystique, souvent bilatérale et plus intra-glandulaire, ou de la tuberculose circonscrite, dont certains caractères importants faisaient défaut, ou encore de l'actinomycose, en faveur de laquelle peu de raisons pouvaient être invoquées.

Restaient deux néoplasmes à discuter: L'adéno-fibrome ou le fibrome circonscrit et le syphilome mammaire, la gomme sous-cutanée devant être écartée, car la tumeur n'était pas indépendante de la glande.

Le doute était certainement possible, car si contre la production fibreuse on pouvait invoquer l'adhérence de la tumeur à la peau, sa fusion avec la glande sans pédicule isolable, sa consistance moins dense, etc..., nous n'avions à faire valoir en faveur du syphilome aucun antécédent personnel, aucune trace de manifestations spécifiques actuelles ou passées chez cette malade, qui était vierge et chez laquelle la porte d'entrée de la syphilis restait introuvable.

Nous n'en cédâmes pas moins à l'impression que cette tumeur pouvait être spécifique et, avant d'en faire l'ablation, il fut décidé avec notre confrère qu'on tenterait l'épreuve du traitement antisyphilitique, qui fut ainsi institué:

28 oct. — Chaque jour iodure de potassium: 2 gr. — Frictions mercurielle: 4 gr. — Soins ordinaires de la bouche.

13 nov. — La tumeur a diminué de moitié de volume. Continuation du même traitement.

25 nov. — Il ne reste plus qu'un petit noyau induré avec léger empâtement périphérique. Même traitement.

3 déc. — Disparition complète du néoplasme. Quant à la glande, elle reste plus volumineuse dans sa totalité que sa congénère, ce qui paraît dû à un peu d'hypertrophie de chacun de ses lobules, facilement perceptibles.

Le traitement mixte est supprimé pendant 15 jours, durant lesquels la malade est soumise aux préparations toniques et aux bains sulfureux et il est repris du 20 décembre au 10 janvier 1898, puis de nouveau supprimé pendant un mois.

15 *février*. — La glande a subi une diminution de volume et l'on ne perçoit plus çà et là que quelques lobules, en particulier celui qui avoisinait le syphilome, dont il ne reste plus trace.

Reprise du traitement pendant 15 jours ; KI 1,50 et 3 pilules de sublimé (0,01 c. chacune) par jour.

15 *Mars*. — La guérison a persisté ; mais la glande reste toujours un peu plus grosse que celle du coté opposé.

Dans chacun des mois d'avril, mai et juin, la malade a pris 1 gr. d'iodure par jour pendant deux semaines. Actuellement (1er juillet) la guérison s'est maintenue.

— Devant le rapide succès obtenu chez notre malade par le traitement mixte, que nous n'avions tenté qu'avec un espoir très restreint, nous avons pensé que le diagnostic le plus probable devait être syphilome mammaire. Nous ne l'écrivons pourtant pas sans faire quelques réserves, car l'on sait que certaines tumeurs du sein, de diagnostic indéterminé, disparaissent parfois par la médication iodurée.

Mais si, dans le cas présent, on s'arrête à l'idée d'une production syphilitique, il n'en doit pas moins encore persister un doute quant à l'origine de la maladie. A-t-elle été acquise ou bien est-elle héréditaire ?

L'examen direct et les anamnestiques sont muets et ne donnent qu'une réponse négative en ce qui concerne la première de ces questions : Aussi, tout en n'oubliant pas les exemples assez fréquents de syphilis ignorée et restant plus ou moins longtemps latente, sommes-nous un peu portés à admettre que l'hérédité a pu être en cause, bien que la malade n'offre aucun stigmate caractéristique de l'hérédo-syphilis, et quoique nous n'ayons à invoquer en faveur de cette hypothèse que la mort d'un frère peu de temps après sa naissance et l'existence de plusieurs fausses couches de la mère de la malade, issue d'un père resté inconnu.

Discussion :

M. Isch-Wall. — Le fait que vient de nous rapporter M. Ozenne est des plus intéressants et je me joins absolument à lui lorsqu'il émet des doutes sur la nature syphilitique de la lésion. L'épreuve du traitement est loin d'être une preuve absolue. On peut dire que la médication iodée est capable dans bien des cas de faire disparaître des pseudo-tumeurs qui ne sont pas pour cela syphilitiques. Il n'est pas jusqu'aux pommades si dédaignées qui n'aient parfois une action résolutive utile.

Je soigne en ce moment une jeune fille qui est venue me montrer une tumeur de la partie supéro-externe de la mamelle simulant à s'y méprendre un adénome du sein. Comme elle refusait l'intervention, je lui proposai un traitement que j'étudie depuis quelque temps. Je dois, en effet, vous dire que je reprends en ce moment l'étude de l'action de quelques médicaments dits résolutifs sur certaines affections chirurgicales. Je fis donc prendre à ma malade du lactate de soude à l'intérieur et lui fis appliquer sur la tumeur une pommade à l'iodure de potassium et à l'iodure de plomb. Je vis peu à peu ce traitement amener la résolution du néoplasme supposé et ma malade est bien guérie aujourd'hui. Evidemment, cette jeune fille n'avait pas de tumeur à proprement parler; sûrement elle n'est syphilique à aucun degré, puisque j'ai pu interroger sa famille et me convaincre de l'absence totale d'antécédents spécifiques. Il faut donc admettre que nous pouvons traiter médicalement certaines inflammations simulant des néoplasmes et les guérir.

Le fait suivant est plus curieux encore. Une dame déjà âgée voit survenir une induration d'un sein simulant le squirrhe à s'y méprendre. Rien n'y manquait, pas même la rétraction de la peau. Plusieurs chirurgiens consultés conseillèrent l'intervention et moi-même je m'apprêtais à la pratiquer lorsque, pour des raisons de famille et de sentiment, on me pria de différer de quelque temps.

Pour donner à ma malade toute satisfaction morale et ne pas lui laisser l'idée que l'on ne la traitait pas, je fis une thérapeutique analogue à la précédente ; je lui donnai l'iodure de potassium et le lactate de soude à l'intérieur et je fis de la compression. A ma très grande surprise, tout s'améliora, la tumeur diminua, puis disparut. Ce cancer, si

net, si évident, n'était qu'une mastite peut-être liée à la ménopause. Voici donc encore un cas où le traitement est venu à bout d'une tumeur dont on ne présumait pas la nature. Voici surtout une observation bien troublante si l'on veut considérer les cas connus de néoplasmes malins non récidivés après opération.

Je peux encore vous parler d'une jeune dame qui a guéri par un traitement ioduré que je lui donnai pour une tumeur bénigne d'apparence et dont elle refusait d'être débarrassée chirurgicalement. Je n'ai jamais songé à la syphilis dans ce cas.

J'ai l'intention, dans une de nos séances ultérieures, de vous reparler de ces faits ; je désire arriver à trancher cette double question de l'opportunité et de l'efficacité du traitement médical dans certains cas de pseudo-tumeurs du sein. Mais ce qui doit être dit, dès aujourd'hui, c'est que les médications iodée et iodurée sont réellement fondantes dans bien des cas et que les succès qu'elles donnent ne peuvent pas prouver d'une façon absolue que les lésions pour lesquelles on les emploie ont une origine spécifique.

RÉSULTATS DE L'EXTIRPATION VAGINALE DE L'UTÉRUS CANCÉREUX PAR LE PROCÉDÉ DE MACKENRODT, C'EST-A-DIRE A L'AIDE DU THERMOCAUTÈRE.

Le procédé de Mackenrodt fut employé, dans sa clinique privée (du 1er mars 1895 au 1er janvier 1898), chez 39 femmes atteintes de cancer de l'utérus et du vagin. Il faut attirer l'attention sur ce fait que, pendant ce laps de temps, se sont adressées à la clinique en tout 42 malades cancéreuses : il est donc permis de supposer que, parmi les 39 opérées, il y en avait plusieurs qui auraient été considérées partout ailleurs comme inopérables. Et, en effet, quelques unes ne sont venues à la clinique de Mackenrodt qu'après avoir essuyé des refus chez d'autres gynécologues.

Sur les 39 cas opérés, il y eut issue fatale dans 7 cas (17,9 %), à savoir : 1 mort par suite de péritonite par perforation (paroi intestinale lésée par le thermocautère), 1 mort causée par péritonite septique, 1 mort par suite de cœur graisseux (opération répétée 2 fois) ; 2 malades étaient atteintes de cachexie grave avec adynamie complète ; 1 malade, outre le cancer de l'utérus, était encore atteinte de néphrite grave et, chez la dernière malade, la vessie fut lésée pendant l'opération.

L'opération chez toutes ces malades présentait des difficultés techniques considérables : en effet, le néoplasme n'était plus limité à l'appareil génital, mais s'était déjà propagé aux tissus voisins. Du reste, il en était de même chez un grand nombre d'autres opérées. Aussi les lésions des urétères, de la vessie et du tractus intestinal faites dans le cours de l'opération se sont-elles rencontrées assez souvent : sur 39 opérations, il y eut 7 fistules des urétères, 4 fistules vésicales ; les parois intestinales furent lésées dans 3 cas (1 fois l'intestin grêle et 2 fois le gros intestin). Mais, en re-

vanche, l'opération n'était pas suivie d'autres phénomènes secondaires fâcheux : à souligner surtout l'absence des douleurs intenses et des hémorrhagies secondaires.

Quant aux résultats opératoires éloignés, ils se présentent comme suit :

1° La *récidive* n'est survenue que dans 3 cas : chez une femme après deux ans et deux mois, après un an et demi chez une seconde et après six mois chez la troisième ;

2° La *mort* est survenue chez une opérée, sans cause connue, après cinq mois ;

3° La *guérison* est *complète* chez les 27 femmes restantes, l'opération ayant été pratiquée il y a deux ans.

PÉDIATRIE

Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie

RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES INFANTILES,

Par M. le Docteur Edouard Weill,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Traitement des lésions acquises. — Nous n'envisagerons dans ces lésions que celles qui ont un caractère inflammatoire, qu'elles soient aiguës ou chroniques, qu'elles frappent le péricarde ou le myocarde.

Le plus souvent il s'agit d'un processus infectieux ou toxi-infectieux déterminant des foyers d'inflammatoire à évolution variable ulcéreuse. pyogène, habituellement plastique.

Pour certaines de ces lésions, le traitement préventif doit être discuté.

1° Traitement préventif.— Sans parler de la myocardite sclérogommeuse qui s'observe dans la syphilis héréditaire à côté d'autres lésions viscérales, rappelons les péricardites purulentes observées les premiers jours de naissance (Bednar, Rauchfuss, Henoch, Homolle, Letulle), et liées à une infection puerpérale, des vaisseaux ombilicaux (Weber). Ce ne sont là que des cas particuliers de la puerpéralité et qui relèvent de la prophylaxie générale.

En dehors de la période qui suit immédiatement la naissance, des infections septiques du cœur prennent leur source dans une ostéomyélite, une suppuration superficielle, une affection du voisinage (costale, vertébrale, inflammation des thymus (Cnopf) pleurésie purulente). On aura recours aux procédés habituels de l'asepsie ou de l'antisepsie à l'égard des foyers infectieux accessibles.

Dans le cours de certaines maladies générales susceptibles de provoquer des localisations cardiaques, on a préconisé, à titre préventif, un certain nombre de procédés thérapeutiques. Tels sont l'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme, du bain froid pour la fièvre typhoïde.

L'action préventive du salicylate de soude vis-à-vis de *l'endopéricardite rhumatismale* est discutable. Pour ce qui concenre les manifestations rhumatismales de l'enfance, elles conduisent bien à admettre l'efficacité du traitement salicylé au point de vue que nous envisageons. On sait, en effet, et nous reviendrons sur cette question, que les localisations cardiaques du rhumatisme infantile s'associent parfois à des formes très légères de la maladie générale, telles qu'un torticolis, que des douleurs mono-articulaires, produisant peu de réaction fébrile. Ce fait s'explique par une affinité remarquable du rhumatisme pour le cœur infantile, mais il est vraisemblable que l'absence de traitement dans ces modalités bénignes du rhumatisme joue un rôle dans l'apparition si fréquente des cardiopathies rhumatismales de l'enfance. La pathologie infantile oppose un démenti à l'opinion de ceux qui, comme Jaccoud, croient que le traitement salicylé en produisant la sédation rapide des arthropathies favorise les localisations cardiaques.

Nous admettrons avec Clouston, Desplats, Stricker, Potain, Huchard, que le salicylate de soude administré à hautes doses et dès le début d'une polyarthrite fébrile est susceptible non seulement de modifier la fluxion articulaire, mais encore d'enrayer la maladie générale et par conséquent de prévenir d'autres localisations, à condition qu'on en maintienne l'emploi pendant un temps suffisamment long. Chez l'adulte, les formes légères, monoarticulaires, apyrétiques ou avec peu de fièvre, ne sont pas redoutées pour le cœur, ainsi qu'il résulte de la loi de Bouillaud. Il n'en est plus de même chez l'enfant. Tous les auteurs, Roger, Blache, C. de Gassicourt, Cheadle, ont mis en lumière la vulnérabilité excessive du cœur, de l'enfant vis-à-vis du rhumatisme considéré non seulement dans ses formes articulaires intenses mais encore lorsqu'il s'agit d'arthropathies légères en petit nombre et même de rhumatisme purement musculaire. Il importe, au point de vue du traitement préventif, de bien dégager ces modalités discrètes ou larvées du rhumatisme, presque aussi dangereuses pour le cœur que les manifestations les plus légitimes de cette maladie. Les observations que j'ai faites à ce sujet m'ont conduit aux résultats suivants (1) : J'ai réuni 59 cas de rhumatisme infantile qu'on peut répartir en cinq groupes :

A) 15 cas de rhumatisme léger, très passager, atteignant peu de jointures ou frappant simplement des muscles ;

(1) Weill. — Maladies acquises de l'appareil circulatoire, un traité des maladies de l'enfance de Grancher, Comby et Marfan.

B) 13 cas de rhumatisme subaigu ;
C) 15 cas de rhumatisme subaigu récidivant ;
D) 9 cas de rhumatisme aigu ;
E) 7 cas de rhumatisme aigu récidivant.

Les formes récidivantes aiguës touchent le cœur 5 fois sur 6, les formes récidivantes subaiguës 8 fois sur 10 ; les formes aiguës 6 fois sur 7, les formes subaiguës 6 fois sur 10 et les formes légères 7 fois sur 12, c'est-à-dire dans une proportion supérieure à 50 %.

Sur 11 cas d'endopéricardite mortelle, 5 appartiennent au rhumatisme léger et parmi ces 5 cas il s'agissait 3 fois de rhumatisme musculaire affectant 2 fois les muscles du cou, une fois les muscles des membres inférieurs.

Ces faits sont d'une importance capitale, lorsqu'il s'agit de discuter le traitement préventif de l'endopéricardite rhumatismale.

La médication salicylée doit être appliquée chez l'enfant à propos des manifestations rhumatismales, si légères qu'elles puissent paraître. Et cette prescription sera suivie avec d'autant plus de rigueur qu'on aura constaté des antécédents rhumatismaux chez l'enfant malade. Récemment encore, je voyais un enfant de 4 ans atteint d'endopéricardite aiguë : il fallut une recherche attentive pour déceler quelques douleurs dans les jambes qui avaient précédé de peu de jours les manifestations cardiaques. L'enfant restait levé, mais par moments cessait de jouer, se plaignait, portait la main à ses jambes en poussant un cri. Le père et la mère étaient, d'ailleurs, rhumatisants. Un mois après, se développa une chorée. Dans ce cas, comme dans la plupart des faits analogues, le médecin ne fut consulté que tardivement. La règle qui nous paraît convenable est de surveiller avec soin ces douleurs dites de croissance, ou les myalgies attribuées au refroidissement, et s'il y a en plus du rhumatisme chez les parents, de les traiter avec une exagération apparente, comme s'il s'agissait chez l'adulte d'un rhumatisme polyarticulaire : diète, repos, salicylate de soude.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Le Baiser !

Quelle gamme d'idées ce simple mot n'est-il pas capable d'éveiller en nous.

Le baiser !

En l'entendant prononcer, ne pensons-nous pas immédiatement à toutes les péripéties les plus douces, les plus suaves de notre existence.

C'est par lui que commencent les amourettes les plus légères, comme les amours les plus profonds !

C'est par lui que se nouent les serments les plus solennels.

Le baiser est le grand compagnon de toutes les fêtes amoureuses, c'est.....

Mais qu'est donc en réalité ce baiser qui joue un rôle si considérable dans l'existence humaine ?

***

Le baiser pris dans son acception la plus large, la plus étendue, est le contact de deux épidermes, réveillant d'habitude une sensation agréable.

Le plus ordinairement la bouche est chargée de cet office, les lèvres sont les deux messagères de ce contact intime, pas toujours cependant. Regardez, en effet, deux vieillards qui s'embrassent, il y a un chassé-croisé de joues avec simple contact de la peau. Les joues sont seules de la partie, les lèvres restent paisibles.

Ce baiser de vieillard n'est d'ailleurs qu'un souvenir de baiser ; c'est une habitude contractée depuis l'enfance et la jeunesse, à laquelle on continue d'obéir.

Dire que le baiser consiste dans l'application des lèvres sur le visage ou sur un objet quelconque, c'est beaucoup limiter la signification du mot.

Le baiser est un contact quelconque de deux corps. Contact doux et agréable. La poignée de main est un baiser. L'enlacement des bras, l'enlacement des jambes également un baiser. La pression qu'un pied voisin vient faire à table sur le vôtre, encore un baiser, caché il est vrai, mais d'autant meilleur.

***

Montons dans l'échelle du baiser, allons du plus rudimentaire au plus complet, au plus parfait.

Nous aurons alors le baiser par les lèvres promenées sur une région quelconque du corps, d'autant plus voluptueux qu'il s'adressera à une région plus sensible, plus inexplorée de notre être.

Il y a le baiser paternel qui se dépose sur le front, celui du frère ou du cousin qu'on donne sur les joues, celui du mari sur les lèvres, celui de l'amant sur la nuque et sur les différentes parties de notre corps que d'incommodes vêtements livrent petit à petit à la discrétion du compagnon favorisé.

A l'échelon le plus élevé, le baiser suprême, le baiser roi, l'ultime manifestation de l'amour, le mélange intime, la fusion pure dans leurs régions les plus intimes de deux corps qui s'aiment, l'accolement dans une sublime étreinte du mâle et de la femelle, dont les deux êtres s'abîment pendant quelques instants en un seul et unique être.

Dans ce baiser sexuel, où le contact est étendu, ou les lèvres ne sont qu'une des sources de contact, toutes les parties du corps susceptibles de se toucher, de se pénétrer, se trouvent intimement unies pour aboutir à la quintessence de la jouissance humaine.

C'est l'absorption d'un être par un autre, et de cette absorption résultent la création d'un nouvel être !

C'est dans ce contact étendu, que toutes les sensations réveillées simultanément, amènent ce ravissement, cette convulsion qui absorbe tout l'être, cette secousse qui nous fait entrevoir les délices infinies, pour nous rejeter bientôt après dans la triste réalité, dans le néant douloureux de cette vie.

Roche Tarpéienne éternellement placée à côté du Capitole.

***

Plus les sensations sont agréables, meilleur est le baiser.

Pour établir cette graduation de volupté, il n'est qu'à consulter le degré de sensibilité des différentes régions du corps. Aux plus sensibles appartiendra la palme.

Sans se lancer dans cette classification peut-être scabreuse, et que chacun peut établir pour lui-même à son gré, il me semble naturel de diviser les baisers en trois catégories bien simples :

1° Le baiser cutané, peau contre peau, le baiser des vieillards ou des enfants, qui ne voient dans cet acte qu'une simple formalité, dont ils ne comprennent ni le sens, ni la sensation.

2° Le baiser cutané muqueux, celui dans lequel une muqueuse, celle des lèvres par exemple est appliquée sur une région cutanée quelconque, c'est le mariage de la muqueuse et de la peau. La sensation devient ici déjà plus vraie, la muqueuse étant beaucoup plus fine, beaucoup plus sensible que la peau, éveillera un contact plus agréable.

3° Le baiser muqueux, où deux muqueuses entrent en contact. Telle est la rencontre de deux bouches, de deux muqueuses génitales, sans parler des autres combinaisons possibles. La sensation est, de part et d'autre, à son maximum d'intensité agréable ; nous connaissons le chemin fatal et terminé par un précipice où nous entraînent ces sensations graduellement croissantes, terrible piège de l'amour ou nous nous laissons toujours entraîner.

Le baiser cutané est celui de l'indifférence, le cutano-muqueux celui de l'amitié, le muqueux celui de l'amour.

***

Le baiser est-il spécial à l'espèce humaine et n'existe-t-il pas chez tous les êtres vivants ?

Il suffit de poser la question pour la résoudre.

Regardez ces deux oiseaux se becquetter au moment de leurs amours, ne pratiquent-ils pas le baiser dans toute sa perfection ?

Regardez les chats qui se caressent ; cette caresse est-elle autre chose qu'une forme de baiser ?

Or le baiser existe dans toute la nature, et si les végétaux étaient libres de leurs mouvements, il est vraisemblable qu'ils useraient aussi du baiser, et en feraient une des manifestations de leur jeu amoureux, c'est-à-dire de reproduction.

Et si, comme autrefois, on construisait des temples à l'Amour, je voudrais que sur ces temples on inscrivît comme devise : « Naître, baiser et mourir. »

FORMULAIRE

Traitement de la tuberculose commençante chez l'enfant.

(LANDOUZY.)

Faire habiter l'enfant à la campagne, sur un plateau abrité des vents les plus communs (plutôt qu'en plaine), où il vivra le plus possible en plein air, en évitant les refroidissements plutôt que le froid. En tous temps, porter de la flanelle, appliquée directement sur la peau; en cas d'humidité, chausser des sabots ou des chaussures à semelles de bois plutôt que de caoutchouc. La nuit, coucher dans une vaste chambre aérée, exclusivement réservée au coucher et où l'enfant sera seul ; neuf heures de lit sur vingt-quatre.

Habituer l'enfant à respirer exclusivement par le nez ; lui faire faire, matin et soir, de grands lavages de la gorge, avec une solution chaude :

Eau bouillie..... 500 gr.
Acide borique..... 15 gr.

Pour l'usage externe.

Le matin au lever, le soir avant le coucher, faire pratiquer sur tout le corps une friction énergique, avec un gant de flanelle imbibé d'alcoolat de lavande.

Administrer, cinq minutes avant le premier déjeuner du matin, une cuillerée à soupe de :

Sirop de raifort composé du Codex..... 500 gr.

— Tous les matins, après la friction, appliquer un cataplasme sinapisé sur la région comprise entre la ligne des apophyses épineuses dorsales et le scapulum à droite.

En commençant le déjeuner du midi, administrer une cuillerée à soupe de la solution :

Eau distillée..... 300 gr.
Tannin..... 20 gr.

— Faire entrer dans l'alimentation de chaque jour, en plus d'une nourriture mi-carnée, bien mastiquée et bien insalivée, des tartines beurrées, deux sardines à l'huile et deux œufs frais peu cuits.

A la fin des deux principaux repas, donner une cuillerée à soupe de :

Vin de quinquina au Malaga 450 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères..... 40 gr.
Phosphate de soude..... 10 gr.

— Surveiller les garde-robes, et, en cas de constipation, donner, le matin, un lavement d'un demi-litre d'eau bouillie, additionné d'une cuillerée à soupe de glycérine. (*Presse médicale.*)

L'hydrastis canadensis dans les affections utérines.

Le rhizome et les radicelles servent à la préparation d'un extrait fluide et d'une teinture.

Hydrastis en poudre n° 60... 100 gr.
Alcool à 94°..... Q. s.
Eau distillée..... Q. s.

Pour faire 100 grammes d'extrait fluide, à la dose de 1 à 4 grammes, 2 à 3 fois par jour. — Racines pulvérisées, 2 à 8 grammes. — Contre les métrorrhagies.

Teinture d'hydrastis canadensis..... 15 gr.
Teinture de viburnum prunifolium..... 15 gr.

X gouttes toutes les deux heures contre la dysménorrhée.

Palmer se sert ordinairement de la solution suivante pour les inhalations :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis..... 1 partie.
Solution saturée de chlorure de sodium..... 3 parties.

Hydrastine de 10 à 30 centigrammes par jour.

Hydrastinine en injections sous-cutanées.

Chlorhydrate d'hydrastinine. 1 gr.
Eau distillée..... 10 gr.

De 1/2 à 1 seringue de Pravaz. Contre les vomissements d'origine utérine.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

OBSTÉTRIQUE

—

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBO-ABDOMINALE. — LAPAROTOMIE ; EXTRACTION DU FŒTUS ET DU PLACENTA INDÉPENDANT. — GUÉRISON,

Par le Dr Doléris.

Le 24 avril 1898, se présentait à la consultation une femme de 32 ans, envoyée, sans aucun renseignement, par deux médecins des environs de Paris, le Dr Fleur, de Montereau, et le Dr Bonnemaison, d'Egreville.

En l'interrogeant rapidement, on apprit que ses règles jusque-là normales étaient apparues pour la dernière fois en mai 1897. Dans la première quinzaine de juin, elles eurent lieu, mais peu abondantes, différant des règles ordinaires en quantité et en qualité. Les seins avaient augmenté de volume ; un vomissement, un seul, sans état nauséeux persistant, était survenu au début de juin. Dès la suspension des règles, la malade eut des douleurs dans l'abdomen, douleurs persistantes quelquefois très vives, d'autres fois supportables, siégeant toujours dans le bas-ventre. On pensa à ce moment à un début de grossesse. Le 7 novembre, 6 mois après, ayant mangé comme à l'ordinaire, la malade se couche et s'endort, lorsque subitement, vers 11 h. du soir, elle est prise d'une douleur effroyable, très violente, siégeant au niveau du creux épigastrique ; la patiente, anxieuse, était couverte de sueurs froides. Cette première douleur passée, d'autres lui succédèrent par intermittences, tous les quarts d'heure. Les souffrances durèrent 3 jours et 3 nuits, puis peu à peu se calmèrent. Cinq ou six jours après, la malade qui avait été forcée de garder le lit, put se lever ; mais ce n'est qu'un mois après qu'elle put vaquer à ses occupations : elle ne souffrait plus. Son ventre, à la suite, parut moins volumineux, sembla s'être modifié dans sa forme et « être descendu ». En janvier 1898, la malade, eut une perte de sang qui dura 8 jours ; d'abord, elle perdait des caillots et du sang liquide, un peu plus tard, dans le sang, elle remarqua des débris de membrane.

Ce furent là les renseignements rapides qu'on put recueillir avant l'examen.

Examen de la malade. — A l'examen, on voit le ventre distendu comme au 7e ou 8e mois de la grossesse. On constate sur la paroi antérieure de l'abdomen une ligne brune verticale très accentuée. A la palpation, on sent une tumeur irrégulière, trans-

versale, bosselée, ayant la consistance d'un fibrome avec des parties nodulaires, un peu mobiles dans la région hypogastrique, s'accentuant vers l'hypochondre gauche. La partie située sous les fausses côtes gauches donne une sensation de craquement parcheminé. Dans la région hypogastrique, la tumeur est plus uniforme et beaucoup moins dure, presque rénitente. Au-dessous de la ligne ombilicale, le ventre est répressible et on sent une deuxième tumeur qui remplit l'excavation, dépasse le détroit supérieur légèrement et semble nettement séparée de la première. Dans la fosse iliaque droite, une saillie pointe vers le tégument et dépasse le ligament de Falloppe de trois travers de doigt. Elle paraît cylindroïde de forme et accolée exactement à la masse intra-pelvienne dont elle semble faire partie. Il faut un palper fort délicat pour percevoir cette disposition. Néanmoins, cette particularité attire l'attention.

Au toucher, le col est situé tout à fait derrière la branche ischio-pubienne droite, très haut, assez mou, très court, et il semble se diriger vers la droite comme si l'utérus était déjeté de ce côté. Le palper combiné au toucher permet de sentir à nouveau un corps dépassant de 3 travers de doigt la branche horizontale du pubis et qui paraît être le corps de l'utérus peu volumineux et faisant suite au col. En arrière, le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur rénitente et élastique. L'hystérométrie, fort difficile à pratiquer, vu l'élévation et la déviation du col, confirme la direction de l'utérus à droite ; la cavité est vide et mesure 9 cm. 5. Les seins contiennent du lait en abondance ; il y a des tubercules de Montgomery.

Le diagnostic probable est : grossesse extra-utérine et tumeur pelvienne, fibrome probablement. La séparation nette et l'indépendance des deux masses semblait justifier un tel jugement.

On chercha alors, par un interrogatoire plus approfondi, les antécédents de la malade, on prit des renseignements auprès de ses médecins.

Antécédents héréditaires. — Rien n'est à noter dans ses antécédents héréditaires. La malade a encore son père et sa mère, tous deux sont bien constitués et se portent bien. On ne relève aucune tare dans la famille. Elle a deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade eut une fièvre typhoïde à 15 ans. Elle fut réglée à 17 ans, régulièrement ; mariée il y a huit ans, à 24 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses couches. C'est une nerveuse, une irritable, mais sans crises, sans troubles de la sensibilité.

Son mari est bien portant.

Son médecin, le Docteur Bonnemaison, nous fournit les renseignements suivants : Il alla voir pour la première fois la malade, le 10 juillet, elle se plaignait de vomissements, de coliques ; il conclut à un début de grossesse. Il fut rappelé auprès d'elle le 9 novembre, c'est-à-dire 4 mois après. Il craignit une fausse couche : au toucher, il sentit le col légèrement dilaté, mais ne constata aucun écoulement de mucosité ou de sang. A l'auscultation du fœtus, il entendit les bruits du cœur, à droite et au-dessous de l'ombilic. Sa résidence étant assez éloignée de celle de la malade, il conseilla à celle-ci d'envoyer chercher une sage-femme. Nous savons ce qui se passa : les douleurs abdominales cessèrent après 3 jours et 3 nuits, sans fausse couche. Au mois de mars dernier, on vint dire au Dr Bonnemaison que le ventre, au lieu d'augmenter, avait beaucoup diminué de volume. Le 11 avril, après examen, le Docteur conclut à la présence d'un « fœtus dans le ventre » de la malade et lui conseilla d'aller se faire opérer.

Opération. — L'opération fut faite par M. le Docteur Doléris, le 27 avril.

Une incision médiane partant de l'ombilic et allant jusqu'au pubis met à nu une tumeur volumineuse. Cette tumeur s'étend transversalement et un peu obliquement du flanc droit à l'hypochondre gauche. Elle est voilée par l'épiploon et adhérente à la paroi abdominale et à quelques anses intestinales. Après dégagement rapide des adhérences, on tombe directement sur la masse qu'on n'a pas de peine à reconnaître pour le corps d'un fœtus assez volumineux, reposant directement sur le paquet intestinal et enveloppé étroitement par l'épiploon en avant, sans qu'aucune paroi adventice limite une cavité kystique quelconque. Dans l'hypochondre gauche, on trouve la tête fœtale. Cette tête est enveloppée d'une membrane blanc opaque qui la recouvre comme un voile ; et à cette membrane adhèrent, par de nombreux tractus plus ou moins volumineux et longs, l'épiploon et les anses intestinales environnantes. Pour isoler la masse fœtale, il faut détacher l'épiploon, le relever, il faut détruire à la main les adhérences qui d'ailleurs se détachent facilement au niveau de leur insertion fœtale, laissant, après leur rupture, des tractus et des logettes au sein desquelles sont collectés des amas gélatineux rosés. De nombreux capillaires saignent au niveau des points adhérents. La libération de la tumeur fœtale est menée rapidement sans l'aide de pinces. La tête est soulevée, à son tour, les adhérences détachées au fur et à mesure ; on arrive à extraire un fœtus volumineux.

Sa position était légèrement oblique, la tête dans l'hypochondre gauche, au niveau des fausses côtes, le dos en avant, les avant-bras fléchis sur les bras et croisés sur la poitrine, les membres inférieurs fléchis et croisés absolument dans la situation normale d'un fœtus dans la cavité utérine.

Le cordon passe sous l'aisselle, longe le membre inférieur droit et va s'attacher sur une seconde tumeur intra-pelvienne dans laquelle il pénètre au travers d'un orifice étroit et disparaît. Il est libre dans son court trajet du fœtus à la masse tubo-placentaire ; il a l'épaisseur d'un centimètre et demi environ. Le cordon est coupé, le fœtus enlevé.

Reste cette grosse tumeur isolée de la première, globuleuse, arrondie, à paroi grisâtre, enclavée dans le petit bassin, adhérente à l'utérus, au rectum, à la paroi pelvienne, ayant délogé et rejeté l'utérus fortement à droite et en haut. On en fait la ponction, il ne s'en écoule qu'une matière boueuse d'abord, ensuite demi-liquide, rougeâtre. La paroi de cette tumeur est friable, les pinces n'en peuvent saisir et maintenir le tissu qui s'effrite et se déchire. La seule ressource est de détruire les adhérences et de l'enlever. Cette manœuvre est pénible et assez longue, elle a nécessité le décollement de la masse d'avec toute la surface de l'excavation, en clivant, avec les doigts, les couches membraneuses qui en constituent les parois. Le dégagement se fait entièrement du côté droit ; du côté gauche on reconnaît que la masse adhère à la corne utérine, mais en continuant le décollement, au lieu d'aboutir à la constitution d'un pédicule, on assiste à la libération entière de la masse par suite de la déchirure de l'attache friable de son insertion sur la corne gauche de l'utérus. Il apparaît nettement que c'est l'origine de la trompe sur l'utérus qui s'est rompue. Du côté droit les annexes sont intactes, mais déformées, oblitérées, enveloppées d'exsudats. A gauche, l'ovaire n'existe pas, confondu qu'il est avec la masse tubo-placentaire. On fait l'ablation des annexes à droite et on applique une double suture à gauche : l'une sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre sur la corne utérine. L'utérus est laissé en place.

Il est visible, en considérant la tumeur enlevée si péniblement, que l'on est en présence de la trompe, aux parois énormément épaissies, fixée par un matelas d'adhérences et contenant la masse placentaire ; la pénétration du cordon dans cette masse se fait à droite, en bas, et en arrière par une ouverture très restreinte qui représente la déchirure de la tumeur tubaire par où s'est échappé, dans l'abdomen, le fœtus enveloppé d'une partie de ses membranes. La rupture a dû se faire vers la fin du 4e mois.

On fait la toilette du péritoine ; on résèque au thermocautère toutes les fausses membranes qui pendent de la face péritonéale des viscères et de la paroi. La partie inférieure du grand épiploon, qui était très adhérente et reposait sur le fœtus, est réséquée après suture en chaîne. Les surfaces cruentées et saignantes sont rapidement touchées au thermocautère. Pas de drainage. On suture la paroi abdominale par 3 plans : deux profonds (péritoine — muscles et aponévrose) au catgut, en surjet — un autre plan cutané au crin de Florence.

L'opération a duré 50 minutes.

Les suites opératoires furent régulières. Actuellement la malade se porte très bien.

N.-B. — Elle est sortie entièrement guérie le 29 mai.

Des coupes histologiques pratiquées sur divers points montrent que la paroi adventice est formée d'exsudats fibreux organisés. La paroi propre de la tumeur n'est autre que la paroi tubaire épaissie, hypertrophiée, creusée de larges canaux vasculaires. Sur la face interne de cette paroi viennent se greffer des villosités choriales de structure normale.

La coupe dans son ensemble retrace la disposition de l'implantation du placenta sur la surface de l'utérus gravide.

Réflexions. — Le cas qui fait le sujet de cette communication est le 3e d'un genre analogue à ceux que j'ai déjà relatés devant la Société obstétricale et gynécologique et le quatrième qu'il m'a été donné d'observer et d'opérer. Il s'agit de grossesse extra-utérine abdominale *ancienne*, avec fœtus amené à terme ou près du terme.

Celui-ci diffère des précédents en ce que le fœtus n'était en aucune façon enkysté dans une poche adventice distincte capable de l'isoler des viscères abdominaux. Après avoir fait irruption dans le ventre, au moment de la rupture de son kyste tubaire initial, entouré de son enveloppe amniotique, il a continué à vivre et à se développer au milieu des anses intestinales en restant relié par l'intermédiaire du cordon ombilical, au placenta. Celui-ci, de son côté, a poursuivi isolément son accroissement dans le kyste primitif tubaire situé dans l'excavation pelvienne.

L'existence d'un tel état de choses ne rendait possibles ni la marsupialisation d'une poche fœtale qui n'existait pas, ni par conséquent l'abandon de l'élimination du placenta à l'effort spontané ou à des manœuvres ultérieures pratiquées par la fistule marsupiale.

Il a fallu se résoudre délibérément à l'extraction de la tumeur tubo-placentaire, malgré les difficultés prévues et les dangers inhérents à ces sortes d'opérations. Malgré les obstacles et la perte de sang, d'ailleurs modérée, la marche de la guérison n'en a pas été entravée. (*Société obstétricale et Gynécologique de Paris.*)

CINQ BASSINS RÉTRÉCIS TRANSVERSALEMENT (SANS ANKYLOSE) CHEZ DES FEMMES RACHITIQUES.

Par le Dr Fournier (d'Amiens).

M. Maygrier a le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur les bassins transversalement rétrécis et sans ankylose de la symphyse sacro-iliaque, caractère qui les distingue à coup sûr de tous les bassins dits de Robert, dans lesquels l'aileron du sacrum a toujours été le siège d'une lésion. Dans une observation qu'il a communiquée en avril 1896 à la Société obstétricale de France, cet auteur a rapporté le cas d'une femme à laquelle il a dû pratiquer, avec succès d'ailleurs, une opération césarienne, en raison de l'étroitesse des diamètres transversaux de son bassin, et il a donné à ce bassin la dénomination de bassin à forme double oblique ovalaire. A cette dénomination je préfère, pour ma part, celle de Bassins rétrécis transversalement et j'ajoute sans ankylose, afin de les différencier du type de Robert.

M. Brulin, dans une Thèse parue cette année, a réuni 3 observations analogues, celle de M. Maygrier et 2 que je lui ai fournies. On peut les résumer ainsi toutes les 3 :

Observation 1 (M. Maygrier).— Primipare de 19 ans, ayant 1 m. 51 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : bisépineux 21 centim. ; bisiliaque 23,5 ; biischiatique 7 ; antéversion ; promontoire à peine accessible. O. I. G. T. Opération césarienne à terme. Guérison de la mère. Enfant vivant de 3570.

Observation 2. — Secondipare de 23 ans, ayant accouché une première fois d'un enfant très petit, ayant une taille au-dessous de la moyenne, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochantérien 28. Promontoire difficilement accessible. O. I. G. A. Accouchement spontané rapide. Enfant vivant de 2800, ayant un S. O. B. de 9,5, un O. M. de 12, BiP. de 8,75; BiT. de 7,5. Délivrance de 400 grammes.

Observation 3. — Primipare de 21 ans, ayant 1 m. 42 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont :

bisépineux 23 ; bisiliaque 23 ; bitrochantérien 29 ; biischiatique 8 ; sacro-pubien 16. Promonto-sous-pubien 11. Antéversion du bassin. O. I. D. A. Travail long provoqué. Enfant mort de 2200. Basiotripsie. Délivrance 500.

Depuis que ces 3 observations ont été réunies, j'ai eu la bonne fortune d'en rencontrer 2 autres. Qu'on me permette de les relater ici, sous les titres: Observations 4 et 5.

Observation 4. — Prudence L..., 22 ans, primipare, entre dans mon service le 8 mai 1898.

Elle a marché à 14 mois, a été réglée à 15 ans 1/2. Elle est à terme et présente un ventre en besace, tombant sur les cuisses. Sa taille est de 1 m. 42. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Elle présente des stigmates de rachitisme, incurvation des tibias et cagnosité des genoux.

L'examen du tronc est intéressant : Le rachis est très convexe en arrière dans la région dorsale (la parturiente est bossue) très concave, très ensellé dans la région lombaire. Il y a scoliose légère avec convexité à gauche, abaissement de l'épaule droite. Les hanches ne sont pas saillantes et les dernières côtes, très voisines des crêtes iliaques, ne laissent pas l'espace correspondant à la taille chez la femme : la conformation du tronc ressemble à celle d'un homme ; la crête iliaque droite remonte à 2 centim. plus haut que celle du côté gauche. Un fil à plomb, tombant de la saillie convexe de la région dorsale, (gibbosité) arrive à 8 centim. en arrière des talons. Les autres signes de rachitisme sont : le chapelet rachitique chondro-costal, le sternum excavé, les bosses frontales saillantes, l'arcade dentaire supérieure à forme ogivale.

La pelvimétrie externe donne : bisépineux 23 ; bisiliaque 26 ; bitrochantérien 28 ; biischiatique 8 ; bisciatique mesuré intérieurement 7,5 ; sacro-pubien 18. Le promontoire n'est pas accessible au toucher vaginal. L'entrée du vagin ne permet pas trois doigts en travers. La vulve est bourrée de varices et il y a sur les parties internes des cuisses de gros paquets variqueux. La symphyse pubienne est très abaissée par suite de l'antéversion du bassin, la vulve est horizontale. La ligne innominée est très saillante sur les côtés du bassin et derrière le pubis.

La position est une O. I. G. P. Le 8 mai, à 2 heures du matin, la dilatation était comme 2 fr., à 3 heures comme 5 fr. L'expulsion eut lieu à 5 heures du matin, par conséquent très rapidement, et amena un enfant vivant de 3400 gram. ; le placenta pesait 500. Les diamètres de la tête fœtale sont : O. T. = 12 ; O. M. = 14 ; S. O. B. = 9 ; T. B. = 9 1/2 ; BiP. = 9 1/2 ; Bit. = 7.

Observation 5. — Louise L..., 26 ans, secondipare, entre également dans mon service, à la Maternité d'Amiens, le 26 mars 1898.

Elle n'a marché qu'à 5 ans et s'est traînée à 4 pattes jusqu'à cet âge. A 14 ans, coqueluche, aucune apparition des règles. A 21 ans salpingite droite. A 22 ans, angines répétées. Menstrues irrégulières apparues pour la première fois à 22 ans ; ces règles ne se seraient jamais montrées plus de 10 fois au total depuis 4 ans.

Le premier accouchement a eu lieu, il y a 2 ans, à Rouen, à la suite d'une grossesse difficile. M. Albert Martin m'a communiqué l'observation qui porte : « Vaginite granuleuse; rupture spontanée des membranes au début du travail. Le 7 septembre 1896, expulsion d'un enfant de 2980, allaité par sa mère. Déchirure du périnée. »

La grossesse actuelle a été moins pénible. L'examen de la malade nous révèle sa petite taille : 1 m. 37 ; des traces de rachitisme : saillie des bosses frontales, prognathisme, exostose de la clavicule droite, exagération de la courbure du cubitus ; rugosités de la crête du tibia. Le peu de saillie des hanches et l'absence de taille, propre à la femme, font penser également à la pelviviciation. La pelvimétrie donne : Bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochanterien 29 ; bisischiatique 8 ; sacropubien 17. Promontoire inaccessible au toucher vaginal. Le doigt perçoit encore la saillie très accusée des épines sciatiques, et des lignes innominées, qui forment un angle derrière le pubis.

La position de l'enfant est O. I. G. A. ; la tête s'engage tardivement. Le 3 mai, la dilatation du col effacé est comme 1 fr. ; les fortes douleurs se montrent le 5 mai, à 10 heures du soir, et le lendemain, à 6 heures du matin, la dilatation est complète. A 7 heures 1/2, a lieu l'expulsion d'un enfant vivant de 2950 et d'un placenta de 500. Les diamètres de la tête fœtale sont normaux. Malgré une hémorrhagie post-partum, les suites de couches sont normales.

Ces deux observations récentes peuvent se résumer :

Observation 4. Primipare de 24 ans, ayant 1 m. 42 de taille, des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : Bisépineux 23, bisiliaque 26, bitrochantérien 28, biischiatique 8, bisciatique 7,5, sacropubien 18. Antéversion. Promontoire inaccessible. O. I. G. P. Accouchement spontané rapide. Enfant vivant de 3400 dont le S. O. Ba. seulement 9 centim. et le Bip. 9 1/2.

Observation 5. Secondipare de 26 ans, ayant 1 m. 37 de taille,

des stigmates de rachitisme, un bassin dont les diamètres sont : Bisépineux 21 ; bisiliaque 24 ; bitrochantérien 29, biischiatique 8, sacropubien 17. Promontoire inaccessible, O. I. G. A. Accouchement spontané long. Enfant vivant de 2950.

Comparons ces 5 observations :

Les parturientes sont toutes rachitiques, de sorte qu'on pourrait appeler leurs bassins : « Bassins rachitiques transversalement rétrécis. » Cette forme de rétrécissement constitue réellement un type qui mérite d'être connu, au même titre que les bassins rachitiques aplatis. Il est même probable que ces rétrécissements sont fréquents et qu'ils passent seulement inaperçus, faute d'être recherchés.

Chez nos accouchées, cette recherche s'imposait, car ce sont des femmes de petite taille. Elles ont : 1 m. 51, 1 m. 42, 1 m. 37. Fait curieux, c'est la plus grande de toutes, celle de M. Maygrier qui a présenté la dystocie la plus accusée.

Au point de vue pelvien, chez toutes le promontoire est peu accessible ou inaccessible. Par contre, la diminution des diamètres extérieurs varie de 3 à 4 centim. ; pour le biischiatique cette diminution est de 2 à 3 centim. Or si le promonto-pubien minimum avait été rétréci dans les mêmes proportions de 2 à 3 centim., il aurait été de 7 1/2 à 8 1/2, c'est-à-dire très facilement accessible, et nous aurions eu des bassins généralement rétrécis et non pas, comme ici, aplatis transversalement. Cet aplatissement transversal nous a toujours paru porter sur les détroits supérieur et inférieur et sur l'excavation ; il consiste en un rapprochement des parois latérales du petit bassin, comme nous l'avons constaté chaque fois. Cependant, les procédés de mensuration de l'excavation étant imparfaits, je crois, pour ma part, que le rétrécissement transversal est moins accentué que ne l'indiquent les diamètres extérieurs ; en d'autres termes, j'ai trouvé un écart allant souvent de 3 à 4 cent. entre les diamètres extérieurs de ces bassins et les diamètres extérieurs des bassins normaux, et je pense néanmoins que l'écart entre les diamètres intérieurs transversaux de l'excavation doit être moins accentué et se rapprocher plutôt de 2 centim., ainsi que semble l'indiquer la mesure des biischiatiques. Il y a du reste dans cette pelvimétrie une insuffisante précision. Pour l'instant, signalons seulement la diminution des diamètres transversaux comme un fait certain, alors que les diamètres antéro-postérieurs restent normaux.

Il s'est toujours agi de présentations du sommet : O. I. G. T., O.I.G.A., O.I.D.A., O.I.G.P. Je n'ai pu suivre suffisamment l'accouchement et je ne puis dire si, comme cela semble probable, la

rotation interne s'est faite de bonne heure, afin de placer les diamètres antéro-postérieurs de la tête suivant les diamètres antéro-postérieurs plus grands du bassin. Les enfants pesaient 3570, 2800, 2200, 3400 et 2950; dans 2 cas seulement les diamètres de leurs têtes étaient inférieurs à la normale.

Enfin 3 enfants sont venus spontanément à la vie ; l'un a été extrait par la césarienne ; l'autre est mort et a subi la basiotripsie. Il va sans dire qu'un pronostic général est impossible à établir, vis-à-vis de terminaisons aussi variables et d'un si petit nombre de cas.

L'étiologie de ces rétrécissements possède quelques données. Dans les 5 cas qui précèdent, le rachitisme a été constaté. Pourquoi le rachitisme qui détermine l'aplatissement antéro-postérieur, comme chacun le sait, aurait-il dans nos cas déterminé l'aplatissement transversal ? J'ai indiqué à M. Brulin une solution de ce problème qui peut se résumer ainsi. Le tout jeune enfant rachitique marche tardivement et reste couché de telle sorte que les pressions qui s'exercent sur son bassin ont lieu d'avant en arrière et l'aplatissement dans ce sens : ainsi agirait le rachitisme précoce. Le rachitisme tardif, au contraire, moins accusé, agirait quand la jeune fille est dans la station debout et par l'intermédiaire de la pression des fémurs nuirait à l'agrandissement transversal du bassin.

Jusqu'à 15 ou 16 ans, le bassin de la jeune fille est rond, tous ses diamètres sont sensiblement égaux ; c'est alors que les diamètres transversaux doivent l'emporter sur les autres, et c'est alors que se ferait sentir l'influence du rachitisme tardif. Le bassin transversalement rétréci serait donc un bassin infantile aplati transversalement. Il importe, à ce sujet, de ne pas confondre cependant ces 2 variétés de bassins : j'ai vu plusieurs filles de 16 ans à bassins arrondis, dont tous les diamètres étaient égaux, accoucher facilement, grâce à l'incomplète ossification pelvienne. Mais, pour éviter la confusion, il suffit de rappeler que le bassin transversalement rétréci n'a pas, comme l'infantile, tous ses diamètres égaux : les diamètres antéro-postérieurs sont normaux et les diamètres transversaux sont petits.

Le traitement que j'ai essayé dans l'observation 3 me paraît tout à fait médiocre : j'ai voulu faire un accouchement prématuré ; l'enfant est mort et j'ai dû pratiquer alors la basiotripsie. S'il m'est permis d'indiquer quelle conduite je tiendrai maintenant, je puis citer les 2 dernières observations : J'ai attendu et l'accouchement a eu lieu à terme spontanément, avec enfants vivants. Si l'enfant avait souffert au moment du travail, si ce tra-

vail avait été trop long, l'engagement trop tardif, j'avais la ressource d'une symphyséotomie ou de l'opération césarienne. Ces rétrécissements transversaux sont trop peu connus pour qu'on puisse préjuger de leur importance au moment du travail. Quelle influence un rétrécissement de 2, 3 ou 4 centim., agissant dans le sens transversal aura-t-il sur le passage de la tête du fœtus ? Nous l'ignorons dans le détail, nous ne pouvons préciser. Mieux vaut donc attendre le terme et agir, à ce moment, selon les indications qui se présenteront.

Pour aujourd'hui, je conclurai seulement : « Cinq observations permettent d'affirmer qu'il existe des bassins rachitiques transversalement rétrécis, appartenant à un type tout à fait distinct de celui de Robert. Il y a lieu d'attirer l'attention sur cette forme de bassins, car ils sont sans doute assez fréquents. » (*Soc. obstétricale et gynécologique de Paris.*)

INVERSION DES ORGANES THORACIQUES ET ABDOMINAUX CHEZ UN ENFANT MORT AU 3e JOUR ET AYANT PRÉSENTÉ DES ACCÈS DE CYANOSE. (*Service de M. le Dr Porak.*)

Par M. Masbrenier.

La nommée G., italienne, 30 ans, sans profession, entrée le 5 mai, à 10 heures du soir, à la Maternité, accouche quelques minutes après son entrée d'un enfant du sexe féminin pesant 2450 gr.

La mère, réglée régulièrement depuis l'âge de 19 ans, ne présente aucun antécédent pathologique ; c'est une primipare. Les dernières règles remontent au 8 août.

L'enfant, née vivante, mais présentant de la dyspnée, est prise, cinq minutes environ après la naissance, d'un accès de dyspnée. On la frictionne à l'alcool et on enlève des mucosités. Elle prend avec difficulté une faible quantité de lait et expulse du méconium.

Le 6 mai au matin l'enfant est mise en couveuse ; on lui donne toutes les deux heures 10 gr. de lait, qui sont avalés très difficilement.

Le 7, à 4 heures du matin, nouvel accès de cyanose ; les mouvements respiratoires se ralentissent, des râles deviennent perceptibles. On fait respirer à l'enfant de l'oxygène, on lui donne un bain chaud et on aspire les mucosités à l'aide du tube laryngien. On pratique enfin la respiration artificielle et à ce moment on constate que les battements cardiaques ont leur siège à droite du sternum.

L'enfant succombe en dépit des efforts faits pour le ranimer. L'autopsie permet de constater une inversion des viscères thoraciques et abdominaux.

Le tronc brachio-céphalique gauche est vertical, tandis que le droit est horizontal.

L'aorte naît à droite et en arrière de l'artère pulmonaire, passe à sa gauche et descend à gauche de la colonne vertébrale. Elle donne naissance à un tronc brachio-céphalique droit, à une sous-clavière gauche et à une carotide primitive gauche.

Les pneumogastriques passent, le droit en avant de la sous-clavière droite sous laquelle passe le récurrent correspondant ; le gauche en avant de la crosse aortique sous laquelle passe le récurrent gauche.

L'artère pulmonaire naît à gauche et en avant de l'aorte, passe devant elle et se place à sa droite, puis émet deux branches :

Le canal artériel est invisible.

Le ventricule gauche, dont naît l'artère pulmonaire, est plus épais que le droit ; sa cavité est plus petite. Le ventricule droit dont naît l'aorte a des parois plus minces. Le trou de Botal est fermé par une valvule suffisante. L'oreillette gauche reçoit les deux veines caves.

Le poumon est à gauche comme à droite divisé en trois lobes.

Le diaphragme ne présente rien d'anormal.

L'estomac à sa grande courbure tournée vers la droite.

Le cœcum est placé du côté gauche.

La rate est à gauche appliquée contre la grosse tubérosité de l'estomac, le pancréas a sa tête à gauche.

Le foie a son lobe le plus volumineux et sa vésicule biliaire du côté gauche.

CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Par le Docteur Demelin,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

(*Suite, voir le n° précédent.*)

Le voisinage seul de la mère peut être un danger pour le nouveau-né. Les épileptiques, au moment d'une crise, sont susceptibles de laisser tomber leur enfant ; les choréiques, avec leurs mouvements violents et incoordonnés, le blesseraient ; des folles on étranglé leur nourrisson, d'autres l'ont jeté par la fenêtre, etc.

Quand une nourrice est prise d'une maladie contagieuse, d'une fièvre éruptive, par exemple, faut-il éloigner son enfant ? On dit qu'un moment où la maladie apparaît chez la mère, il est déjà trop

tard pour l'enfant. A la vérité, ce n'est pas sûr, et il semble prudent de séparer l'enfant de sa mère, quitte à le remettre au sein s'il vient à présenter lui-même les signes de l'affection contagieuse. Il est possible, dans ces conditions, de suspendre momentanément l'allaitement pour remettre plus tard l'enfant au sein, au bout de plusieurs jours et même de quelques semaines. Ainsi que l'a bien indiqué Trousseau, le lait remonte après la guérison, et la suppression de l'allaitement au sein n'est alors que temporaire.

La syphilis est, dans l'immense majorité des cas, une indication formelle à l'allaitement au sein ; c'est la règle absolue, quand l'infection a débuté avant la naissance de l'enfant. Si, au contraire, l'accident initial se montre chez une nourrice, c'est-à-dire après l'accouchement, le sevrage immédiat est indiqué.

Etudions maintenant les contre-indications à l'allaitement maternel qui viennent du lait lui-même.

Au point de vue de la quantité, l'agalactie primitive s'observe chez les primipares âgées, chez les multipares qui ont eu des abcès du sein multiples et étendus, chez les malades gravement atteintes du cœur, des reins, etc. (voir ci-dessus) ; dans les maladies aiguës, fébriles, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, etc., souvent elle est passagère ; d'autres fois, elle est définitive, comme dans le rhumatisme articulaire aigu intense.

L'infection puerpérale légère et localisée, ne tarit pas la sécrétion lactée ; grave, prolongée et généralisée, elle la supprime : de là l'indication de laisser l'enfant au sein dans le premier cas, de l'en éloigner dans le second.

Les variations de quantité subies par la sécrétion lactée ne sont pas seules à considérer : il faut aussi examiner ce que devient la qualité du liquide nourricier.

Sans nous arrêter sur les retentissements provenant de l'alimentation et de l'odeur désagréable pour le nourrisson que peut donner au lait l'ingestion de certaines substances, sans insister non plus sur les indispositions fébriles ou non (amygdalite, constipation, etc.), ou sur les émotions morales qui modifient le lait au point de déterminer chez l'enfant des troubles digestifs passager, nous dirons quelques mots de certains états de l'utérus au point de vue spécial qui nous intéresse. On sait que la menstruation chez les nourrices est souvent l'occasion d'une certaine baisse de poids chez le poupon ; c'est-là un incident sans importance en général ; rarement on est obligé d'interrompre définitivement, pour cette cause, l'allaitement au sein.

Budin et Poirrier ont montré que la grossesse était loin d'amener les profondes altérations qu'on croyait dans la composition du lait maternel : en effet, dans soixante-douze pour cent des faits, ils ont observé que les enfants élevés au sein par leur mère redevenue enceinte, ont pu garder cette exclusive alimentation jus-

qu'au quatrième, cinquième et sixième mois, sans le moindre accident.

Il est des femmes dont le lait est purgatif, émétique; la quantité du liquide produit peut être abondante ; mais l'enfant vomit sans cesse ; il y a de la diarrhée, il est affaissé, et on est obligé de changer complètement son régime. Ce sont là des faits assez difficiles à reconnaître, car avec le meilleur des laits, le bébé peut avoir des troubles digestifs, surtout s'il ingère très abondamment ; et, avant d'accuser la qualité du lait, il faut s'assurer que les tétées sont régulières au point de vue de la quantité.

Quelques médicaments donnent au lait des propriétés toxiques nous citerons seulement pour mémoire les sels de quinine, la morphine, etc. D'autres substances sont également nuisibles : tels sont l'alcool chez les buveuses de profession (observation de Rilliet et Barthes, Charpentier, Combe, Bergeron, Lewald, Vallin, etc.), le plomb chez les saturnines, le tabac chez les ouvrières de manufactures.

Une question très spéciale et des plus intéressantes est soulevée par la présence des microbes dans le lait maternel.

Quand le sang est infecté, les germes pathogènes sont susceptibles de traverser les parois de la glande mammaire et de se mélanger avec son produit de sécrétion.

Au point de vue expérimental, Chambrelent et Moussous, en 1884, ont vu la bactéridie charbonneuse et le microbe du choléra des poules injectés à des lapines, passer du sang dans le lait. Il en est de même chez les animaux et dans l'espèce humaine pour le pneumocoque (Foa et Bordoni-Ufreduzzi, 1888 ; Bozzolo, 1889, Aymard, 1891, etc.), à la condition, pour ce dernier microbe, qu'il s'agisse des formes graves, dites infectieuses de la pneumonie, dans lesquelles l'agent pathogène envahit le milieu sanguin, contrairement aux faits de pneumonie ordinaire qui, dans l'espèce humaine, reste maladie locale.

Beaucoup plus importants, pour nous Accoucheurs, sont les cas où on a trouvé dans le lait des microbes pyogènes.

Il y a peu de temps Georghiu, élève de Budin, a signalé un fait de septicémie puerpérale avec suppuration mammaire à streptocoques.

D'autres fois, on a vu chez des accouchées infectées, non pas du streptocoque dans les seins, mais du staphylocoque. Ainsi, Escherich, sur treize femmes atteintes d'infection puerpérale, a trouvé douze fois le staphylocoque dans le lait. Karlinski (1890) chez une femme atteinte de fièvre puerpérale et d'érysipèle, a isolé le staphylocoque dans le lait. Brindeau (1895) a examiné un nourrisson présentant de la diarrhée et des tournioles. Le pus des doigts contenait des staphylocoques dorés, ainsi que le lait de la mère, qui n'avait pas de symptômes pathologiques du côté des seins, mais qui présentait de la fièvre avec fétidité des lochies.

Le staphylocoque rencontré dans le lait vient certainement de l'extérieur ; et on le décèle souvent dans ce liquide, chez des femmes n'ayant absolument rien de pathologique.

Mais il faut faire une remarque importante. Si les acouchées sont prises de fièvre, par infection génitale, fièvre due le plus ordinairement au streptococoque, et si en même temps elles ont du lait septique, l'agent pathogène trouvé dans ce lait sera non le streptocoque, mais le staphylocoque : comme si ce microbe banal importé dans le lait, prenait une virulence particulière sous l'inflence de la streptococcie sévissant sur un autre appareil.

Quoi qu'il en soit, le lait peut contenir du pus venant soit des parois mêmes de la glande mammaire (galactophorite), soit des espaces périglandulaires primitivement abcédés et secondairement ouvert dans les conduits galactoplores. Alors l'enfant ingère ce lait mêlé de pus. Il peut le combattre victorieusement à l'aide de ses sucs digestifs. Mais, d'autres fois, il est pris d'accidents variés, tels que dyspepsie gastro-intestinale passagère, dyspepsie toxi-infectieuse grave, choléra infantile, stomatite diphtéroïde à staphylocoques (Gastou et Sevestre), à gonocoques (Dohrn et Rosinski), abcès rétropharyngiens, parotidites, otites, abcès multiples sous-épidermiques, sous-cutanés, profonds, broncho-pneumonies, etc.

La meilleure prophylaxie de ces accidents, d'habitude si graves pour le nourisson, consiste à suspendre l'allaitement au moins du sein malade.

En résumé, il existe des contre-indications à l'allaitement maternel ; une seule est absolue, c'est la tuberculose en cours ou seulement menaçante. Beaucoup d'autres sont relatives, quelques-unes doivent faire sevrer le bébé d'une façon définitive ; d'autres, au contraire, sont temporaires et permettent de compter sur la reprise de l'allaitement au sein, au bout d'un certain temps.

GYNÉCOLOGIE

ANOMALIE DU SYSTÈME GÉNITAL. — ABSENCE D'UTÉRUS ET D'OVAIRES. — VAGIN INSSUFFISANT. — DILATATION AVEC UN APPAREIL EN CAOUTCHOUC. — PRÉSENTATION DE L'APPAREIL,

Par M. Jouin.

La malade qui fait l'objet de cette observation est atteinte d'une absence congénitale de l'utérus qui paraît être remplacé par un simple cordon fibreux difficile à sentir même sous le chloroforme. Elle n'a pas d'ovaires et par conséquent ne présente aucune trace de menstruation.

Le système pileux du mont de Vénus est rudimentaire. Les seins assez volumineux, le développement des hanches et tout l'aspect

extérieur de la malade n'offrent rien de particulier à signaler.

Le vagin en cul-de-sac n'avait, avant mon intervention, que 4 à 5 centimètres de longueur. Il se terminait en dôme et s'opposait par conséquent à tout rapprochement complet.

Souffrant moralement de cet état, la malade me proposa de l'opérer. Elle avait étudié son anomalie dans les traités spéciaux, et demandait que l'on dédoublât la cloison recto-vésicale pour allonger le canal et permettre l'intromission complète du membre viril.

L'opération était certainement rationnelle. Mais, en raison de l'ignorance où nous nous trouvons du point de réflexion du péritoine, elle n'était pas sans présenter quelque danger. Et puis ne devions-nous pas craindre le développement du tissu cicatriciel susceptible d'exagérer encore la résistance du fond du cœcum vaginal ?

Je proposai donc d'essayer, avant tout, d'agents susceptibles de dilater ce cœcum sans faire intervenir le bistouri.

Sur le conseil de Péan, je me servis d'abord de condoms remplis d'air. Le résultat fut nul.

Je ne fus pas plus heureux avec des morceaux d'éponge préparée.

Je fis alors construire par M. Collin l'appareil que j'ai l'honneur de vous présenter. Composé d'une petite poire en caoutchouc que l'on peut gonfler à l'aide d'une boule de même substance et laisser gonflée, au moyen d'un simple robinet, il présente ceci de particulier que le tiers supérieur de la poire, celui qui correspond à sa grosse extrémité, est en caoutchouc très souple et subit l'action dilatatrice de l'air d'une façon presque exclusive. Ce n'est donc plus une sphère, mais une véritable tige à grosse extrémité profonde que l'on obtient en gonflant l'instrument.

Grâce à cet appareil qui est appliqué toutes les nuits, j'ai pu doubler en quelques semaines la profondeur du vagin, et le résultat obtenu sans aucun danger me paraît véritablement supérieur à celui que donnerait une intervention chirurgicale dans un cas semblable.

Appareil d'exception correspondant à un fait très rare dira-t-on.

Il me semble pourtant qu'avec quelques modifications la même instrumentation pourrait rendre de grands services, dans les cas de vaginisme, substitué aux condoms autrefois recommandés par mon regretté maître Péan et qui m'ont donné personnellement quelques beaux résultats.

J'espère que l'avenir démontrera ce que j'avance un peu théoriquement aujourd'hui. (*Soc. obstétricale et Gynéc. de Paris.*)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Génitalité. — Etude de psychologie sexuelle.

Pendant les quelques années qui précédèrent mon mariage, et qui furent mes années de pension, de terribles curiosités s'emparaient de mon être inquiet, titillé par des aspirations vagues.

De temps en temps à l'occasion d'une phrase entendue, d'un passage lu, mon esprit cherchait, mais, de ricochets en ricochets, il n'arrivait qu'à une décourageante négation.

Le mot amour surtout me plongeait dans de longues rêveries questionneuses, questions que je me posais à moi-même, car je n'aurais pas su les formuler d'une façon claire et n'aurais surtout trouvé personne pour me répondre à ma satisfaction.

Petit à petit, au milieu de ces points d'interrogation, la femme grandissait en moi, mes sens se développaient, mais mon esprit ne pouvait les suivre, eux dominant, lui dominé et inquiet.

Combien j'avais hâte d'abandonner ma naïveté de jeune fille, de voir, d'apprendre, de connaître. — J'étais encore dans la période d'incubation, je voulais être femme, comprendre tout langage, tout éprouver, tout connaître.

L'époque du mariage arriva.

Les préliminaires furent agréables. Entourée, discrètement caressée par un fiancé qui m'aimait ou du moins qui en avait l'apparence. Enviée par ci, jalousée par là. — Toute cette nouvelle vie me plaisait, je commençais à compter, on s'occupait de moi.

C'était quelque chose, mais ces distractions préparatoires ne me suffisaient pas, elles ne m'apprenaient rien. — Mon futur mari, certainement savant sur toutes mes ignorances, ne pouvait être mon professeur, il n'en avait pas encore le droit, et il se faisait un devoir très respectable de ne rien dire.

Enfin nous voici au grand jour.

Au milieu de toutes les fêtes ou cérémonies dont on entoure dans l'humanité l'union des sexes, je pensais aux leçons qu'allait me donner mon maître et seigneur, je tâchais de les prévoir, de les deviner.

A partir de ce grand jour, ou plutôt de cette grande nuit, je fus initiée progressivement à toutes les pratiques de l'amour.

Aujourd'hui celle-ci, demain celle-là, le surlendemain une troisième et ainsi de suite jusqu'à ce que nous ayons franchi tous les degrés de l'échelle amoureuse.

Je voulais tout voir, tout connaître, plus par curiosité que par satisfaction personnelle.

Maintenant je suis savante, ma curiosité est rassasiée ; j'avais un bon professeur, je crois qu'il ne me reste plus rien à apprendre, et

j'arrive à l'heureuse période où il m'est possible d'entrer dans le domaine de la philosophie génitale.

J'ai cherché dans l'amour ce qui pouvait plaire le plus à l'homme et à la femme.

L'homme cherche dans l'amour la satisfaction d'un besoin inné ; la caresse féminine lui plaît comme un vin savoureux, comme un plat appétissant. S'il ne satisfait pas ce besoin, il devient inquiet, sombre, malade ; l'humanité lui paraît triste, la vie insignifiante. — Le besoin satisfait, le voici gai, jeune, plein de force, confiant dans l'avenir. Il a obéi à la nature, la nature le récompense en soufflant dans ses veines une bouffée de bien-être.

L'homme aime encore l'amour, par ce qu'il lui livre une femme en entier. La femme qui a appartenu à un homme ne peut plus se reprendre ; quoi qu'elle fasse après ce contact intime, elle n'est plus que la moitié d'elle-même, l'autre moitié est à l'être qui l'a possédée.

La femme cherche dans l'amour tout autre chose ; pour elle la satisfaction du sens génital n'est qu'un accessoire. Elle se sert de ce sens que la nature lui a donné non pour le plaisir de la sensation éprouvée, mais pour tenir, pour subjuguer l'homme qui ne peut vivre sans lui.

L'amour chez l'homme existe par lui-même ; chez la femme, il n'est qu'une amorce.

Quand on veut captiver l'attention d'un enfant, on fait miroiter à ses yeux un objet brillant, il est en quelque sorte hypnotisé.

Notre objet brillant, à nous autre femmes est notre sens génital, par lui nous tenons l'homme.

Supprimez la génitalité, la puissance de la femme s'évanouit, nous devenons une bête de somme ; notre rôle disparaît de la terre et avec nous l'humanité.

Heureusement qu'au milieu de toute dépravation génitale, l'homme reste un être essentiellement sensuel. A nous femmes, à ne pas l'oublier, cultivons ce sens qui nous rend maîtresses en même temps que mères.

Grâce à lui, nous sommes et resterons reines.

LUCINE.

FORMULAIRE

Traitement du chancre phagédénique par l'acide pyrogallique.

Acide pyrogallique.... 20 grammes.
Vaseline ou axonge... 80 —

Ce docteur préconise encore cette autre formule :

Acide pyrogallique... 40 grammes.
Vaseline..... 120 —
Amidon..... ... 40 —

Pour les plaies anfractueuses, avec prolongements multiples, il est bon de se servir de la poudre ainsi composée :

Acide pyrogallique.... 20 grammes
Poudre d'amidon..... 80 —

Cette poudre peut être insufflée dans tous points au moyen d'un petit soufflet, analogue à celui qui sert

pour la poudre des insecticides. Les pansements doivent être renouvelés deux fois par jour.

Il faut avoir soin de ne se servir que de préparations fraîches ou qui ont été maintenues dans des flacons bien bouchés, et empêcher l'humidité d'altérer l'acide.

Mixture contre l'inappétence des femmes enceintes.

(FORWOOD.)

Racine de colombo pulvérisé.....		
Racine de gingembre pulvérisé....		ãã 15 grammes.
Feuilles de séné.....	4	—
Eau bouillante.....	475	—

Faites infuser un petit verre avant chaque repas, dans le but de remédier au dégoût pour les aliments qui s'observe souvent chez les femmes enceintes.

Traitement des spasmes utérins.

(SPONDLY.)

Eau distillée.....	200	grammes.
Sirop simple.....	50	—
Hydrate de chloral..	4	—

Mêlez. Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Mixture contre la dyspepsie flatulente.

(FARQUHARSON.)

Bicarbonate de soude	8	grammes.
Sucre pulvérisé.....	8	—
Esprit d'ammoniaque aromatique.....	XL	gouttes.
Eau distillée de menthe.....	240	grammes.

Pour une solution dont on donnera une cuillerée à soupe après le repas, contre la dyspepsie flatulente ; choisir des aliments de digestion facile.

Poudre désinfectante.

(SIGMUND.)

Goudron de hêtre ou huile de cade.....	20 à 40	gram.
Sulfate de chaux pulvérisé.....	200	—

Mêlez intimement, séchez et pulvérisez.

Pour saupoudrer les ulcérations vénériennes gangréneuses, après les avoir soigneusement nettoyées.

Mixture d'aloès composée.

Aloès socotrin.....	10	grammes.
Bicarbonate de soude	15	—
Glycérine pure.....	16	—
Esprit de lavande composé.....	16	—
Essence de menthe poivrée.....	VIII	gouttes
Eau distillée.....	100	grammes.

Mêlez. Une cuillerée à soupe, comme purgatif; une ou deux à café comme stomachique et tonique.

Iodoforme flexible.

(FOWLER.)

Iodoforme.....	30	grammes.
Colle de poisson.....	240	—
Glycérine.....	22	—

On gélatinise la colle de poisson à l'aide de la vapeur, et l'on ajoute les autres substances ; le produit a une consistance convenable.

NOUVELLES

Enfance. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs la fondation, sous le nom de *Société anonyme des Pensionnats Maternels de France*, d'une œuvre philanthropique et de solidarité, ayant pour objet la création, à proximité des grandes villes et de Paris tout d'abord, d'établissements pour l'élevage rationnel des enfants du premier âge, sur le type de « la Pouponnière », mais avec tout le confort et le luxe que peuvent souhaiter les familles aisées.

150.000 francs sont déjà mis, par quatre souscripteurs seulement, à la disposition du comité.

Chaque établissement sera composé de pavillons isolés, comprenant chacun deux services, absolument séparés, de 32 enfants. Chaque service aura son parloir, sa galerie vitrée au midi, sa salle de lavabos, deux dortoirs de jour, deux dortoirs de nuit, un dortoir de nourrices, une surveillante de jour et une de nuit. Les enfants seront admis de un jour à quatre ans. Tout enfant, à son arrivée, sera isolé pendant 25 jours dans un bâtiment spécial, le lazaret. Tout malade sera également isolé de suite et soigné dans un autre bâtiment, l'infirmerie. Une usine fournira l'électricité,

le chauffage, l'eau stérilisée. Tout le linge sera blanchi et stérilisé à la buanderie. Une vacherie modèle donnera tout le lait nécessaire, qui sera traité selon les données de la science moderne.

Les Pensionnats seront établis sur le trajet des grandes lignes rapides, à peu de distance des gares, sur le passage de tramways. Les enfants seront tous pris à domicile, seuls ou accompagnés d'un membre de la famille, dans une voiture spécialement aménagée et seront visibles à toute heure, avec certaines précautions antiseptiques.

Un type absolument parfait de ce mode d'élevage, pratiqué avec un succès qui ne s'est point démenti depuis 1892, a été établi à Porchefontaine, près Versailles, par la *Société maternelle parisienne*, sous le nom de « la Pouponnière », mais cet établissement, fondé et entretenu par la charité publique, n'est pas destiné aux familles aisées et n'a que cinquante berceaux payants, pour lesquels les demandes affluent. Voici ses résultats : une enquête faite sur les enfants qu'on n'a pu y recevoir a montré que la mortalité parmi eux avait été de 34 %, alors qu'elle n'était que de 6 % à la Pouponnière, pendant la même période. Or, les enfants refusés ne l'ont été que faute de places et non pour cause de débilité, car on reçoit même les bébés sortant des couveuses. La Pouponnière a été copiée déjà par six villes d'Europe, mais la France n'a pas encore songé à profiter pour elle-même de l'initiative heureuse d'une société française. Et cependant elle en a bien besoin, car sa natalité est très faible et la mortalité des nouveau-nés très grande.

Les familles parisiennes envoient chaque année en nourrice 18.000 enfants, dont plus de moitié succombent dans le cours de leur première année (Dr Rochard). Des 42.000 élevés dans Paris, 7.665, soit 18 et quart pour cent au lieu de 6 pour cent seulement à la Pouponnière; ont eu le même sort en 1895 et 6 241 de ces décès auraient été évités par une hygiène, une antisepsie et une surveillance sérieuses (Dr Bertillon). Dans toute la France 130.000 enfants *pourraient être sauvés* chaque année (Dr Rochard), sans compter ceux qui meurent dans la deuxième ou la troisième année, ou restent débiles, par suite d'affections contractées en nourrice.

Les personnes qu'intéresserait, d'une façon quelconque, cette fondation patriotique au plus haut point, ou qui pourraient fournir au Comité, soit des documents, soit des avis utiles, sont priées de s'adresser à M. Kuypers de Tonnelier, 31, boulevard Sébastopol, ou au Docteur Philippeau, Rédacteur en chef de la *Gazette de gynécologie*, 12, rue de Châteaudun.

Prix. — En 1899, le 4e Samedi de Décembre, la Société de Médecine de Paris décernera le Prix Duparcque (600 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en Français, sur la question suivante : *Influence de la bicyclette sur l'appareil génital de la femme*. Les mémoires *inédits et non encore récompensés* devront être déposés au Siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le 1er Octobre 1899. Ils devront porter une épigraphe et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et la même épigraphe reproduite. Tout auteur qui se serait fait connaître d'une façon quelconque avant l'attribution du Prix, serait exclu de fait du concours. Seuls, les Membres Titulaires et Honoraires de la Société ne peuvent être admis à concourir.

Un précoce plaideur. — Le *Journal of the American medical Association*, dans son numéro du 14 novembre, signale une intéressante décision prise par le juge de la Cour supérieure de Cook County, Illinois.

La question posée était la suivante : un enfant, après sa naissance, a-t-il le droit d'intenter une action en justice pour un traumatisme subi alors qu'il était encore dans le ventre de sa mère, *in utero* ?

La juge a conclu à l'affirmative et a déclaré que l'action était recevable.

La poursuite était intentée par un enfant contre le directeur d'une maison d'accouchement, pour blessures reçues par le plaignant *in utero*, pendant qu'on le transportait, lui et sa mère, dans la chambre de travail.

Voilà un fœtus qui ne manquait pas d'esprit processif. A moins que ce fœtus ne soit un canard... américain.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières*.

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy*.

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier*.

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

LA LAPAROTOMIE DANS CERTAINS CAS DE RÉTROPOSITION PATHOLOGIQUE DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE.

Par M. le professeur Jacobs.

Je fus appelé le 10 novembre 1896 à donner mes soins à une personne de 31 ans, II pare, enceinte de 5 mois. Les motifs qui avaient déterminé l'entourage de la patiente à m'appeler auprès d'elle étaient les suivants : ils résument bien les faits principaux qui doivent nous amener à une intervention dans les cas de ce genre. Les accouchements s'étaient passés normalement ; les suites de couche du 1er (à 21 ans) absolument normales ; celles du second (à 25 ans) avaient présenté une rétention placentaire de quelques jours, suivie de péritonite qui tient la personne alitée pendant 3 mois. Rétablissement incomplet, en ce sens que depuis cette époque, à intervalles irréguliers et à propos de la moindre fatigue, apparaissaient des crises douloureuses pelviennes ayant toujours cédé au repos et aux soins hydrothérapiques locaux. 3 fausses couches en 4 ans, toutes entre 3 et 6 mois. Ces différentes portées, toujours pénibles, accompagnées de troubles vésicaux et intestinaux intenses. A l'époque dont nous parlons, la grossesse remontait à 5 mois. Le début avait été normal, mais depuis 2 gros mois, les troubles vésicaux et intestinaux étaient revenus et allaient s'accentuant à mesure qu'avançait la grossesse ; depuis une dizaine de jours, le médecin traitant était obligé de sonder la malade 4 à 5 fois par jour ; la défécation était pénible et des plus douloureuses. La malade et son entourage étaient désespérés, une fausse couche nouvelle était pour eux certaine et d'autant plus pénible que les deux premiers bébés étaient morts, l'un du croup, l'autre de la scarlatine. A l'examen de la patiente, je trouvai le col utérin, ramolli, entr'ouvert, dirigé en haut et en avant, très haut situé derrière le pubis, le corps développé normalement pour une grossesse de 4 1/2-5 mois emplissait la cavité pelvienne, en rétroversion totale par rapport au col.

Nous avions affaire à un cas de grossesse compliquée de rétroversion ancienne du corps utérin. D'après les calculs, la grossesse devait remonter environ à 5 mois, c'est-à-dire que le corps emplissait à peu près le pelvis. L'élévation du col utérin s'opposait à la miction volontaire, la compression du rectum rendait la défécation des plus rebelles. Notre premier soin fut d'amener l'évacuation de la vessie et de l'intestin, puis nous tentâmes pendant quelques jours par tous les moyens manuels possibles de redresser le corps utérin au moyen du toucher vaginal, du toucher rectal, dans toutes les positions possibles. J'eus recours au ballon de Petersen introduit dans le rectum, mais encore sans résultat. Ces manœuvres diverses et répétées durèrent une huitaine de jours. Les troubles

occasionnés par cette grossesse anormale s'accentuaient de plus en plus ; la défécation devenait impossible, le cathétérisme vésical de plus en plus pénible ; enfin, la situation de la malade n'était pas sans nous inspirer quelque inquiétude.

En présence de l'inutilité de toutes nos tentatives de redressement, il fallait, suivant tous nos auteurs, recourir à l'avortement provoqué par une ponction faite directement à travers la paroi vaginale postérieure. Cette opération, toute préconisée qu'elle soit par nos maîtres, n'est pas sans offrir quelque danger pour la mère. Aussi j'estimai de mon devoir de proposer une intervention, à mon avis, sans danger pour la mère, et qui de plus nous permettrait peut-être de sauver l'enfant, c'est-à-dire permettrait à la grossesse d'évoluer jusqu'à terme Notre avis prévalut et nous pratiquâmes le 21 novembre 1896 la laparotomie : incision médiane sous-ombilicale, dans le Trendelenbourg, puis au moyen de la main seule introduite dans l'abdomen, détachement des adhérences profondes qui retenaient l'utérus dans le pelvis. Ces manœuvres furent faites prudemment, lentement et s'accompagnèrent d'hémorragies en nappe assez abondantes. Nous pûmes enfin faire sortir le corps utérin de sa prison et l'amener au-dessus du détroit supérieur, où il se maintint sans aucune tendance à retomber dans le bassin. Toilette de l'abdomen et fermeture des parois. Suites de l'opération absolument bénignes. Aucune menace d'avortement. La grossesse évolua normalement jusqu'à terme et dans le courant de mars 1897 un gros garçon fut mis au monde.

J'ai tenu à rappeler ce cas avec quelques détails à cause des objections courtoises qui m'ont été faites par le Dr Hartmann en 1896 et tout récemment par le Dr K. Franz, de Halle.

J'avais présenté au Congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895 dix observations semblables à peu de choses près à celle que je rapporte plus haut. Le Dr Hartmann, au Congrès de Genève de 1896 (1), s'est étonné que j'aie dû recourir aussi souvent à la laparotomie dans des cas de l'espèce. Il m'objecte que dans la plupart des cas de rétroflexion de l'utérus gravide ou bien la réduction se fait spontanément, ou bien l'on parvient aisément, comme Hartmann l'a lui-même expérimenté, à réduire l'utérus par des manœuvres digitales.

Le Dr K. Franz (2) a rapporté à la Société des médecins de Halle un cas de laparotomie pratiqué à la clinique universitaire pour utérus enclavé, la grossesse remontant à 7 mois. Le diagnostic avait été très difficile à faire : grossesse à 7 mois compliquée de kyste dermoïde (?) enclavé dans le bassin. Afin d'assurer ce dia-

(1) Dr Hartmann. Compte-rendu du Congrès de Genève. (*Annales de Gynécologie* 1896, p. 468.)

(2) K. Franz. *Ein Fall von Bauchschnitt zur Aufrichtung der rückwærts gebeugten und eingeklemmten Gebærmutter bei Schwangerschaft in VII. Monat.* (Münchener medicinische Wochenschrift, 1898, p. 8-9-10.)

gnostic, on ponctionna la tumeur par le cul-de-sac postérieur au moyen d'un trocart. Cette ponction, comme le prouva l'examen de l'enfant, donna dans la tête du fœtus. Une laparotomie pratiquée immédiatement permit de faire la reposition de l'utérus gravide et de terminer séance tenante l'accouchement naturel et l'extraction du délivre. Suites normales pour la mère, enfant mort.

Dans les réflexions que le Dr Franz émet à la suite de cette intéressante communication, il cite entre autres nos cas de laparotomie et semble émettre quelque doute au sujet de leur absolue nécessité.

Ce sont ces deux communications qui nous engagent à revenir sur ce sujet que nous estimions indiscutable aujourd'hui, à revenir surtout sur nos observations.

La grande majorité des cas de fécondation dans les rétropositions utérines échappe à notre observation, ces déplacements de l'organe gestateur cédant assez rapidement aux modifications multiples qu'amène la grossesse dans les organes génitaux.

Nous avons pu constater à différentes reprises la grossesse survenant dans des cas de rétroflexions de l'utérus. S'il est vrai que c'est là un fait exceptionnel, sa constatation doit nous rendre des plus circonspects dans le pronostic que nous pouvons être appelés à émettre au sujet de l'avenir héréditaire d'une famille, dans les cas de l'espèce. La rétroposition de l'utérus n'implique pas nécessairement impossibilité de fécondation.

En thèse générale, cette fécondation se produit dans l'organe déplacé ; cependant il peut se présenter que la rétroposition soit occasionnée accidentellement alors que la grossesse est en cours.

L'augmentation graduelle du volume du corps utérin l'élève peu à peu au-dessus du détroit supérieur et dès lors la grossesse suit son cours normal, les malaises du début ayant cédé, dès que l'utérus a pu prendre la direction axiale normale. Les adhérences qui maintiennent l'utérus dans sa situation anormale cèdent très facilement dès les premières semaines. N'est-ce pas d'ailleurs la constatation de ce fait qui fait dire souvent au médecin, que la grossesse est le moyen thérapeutique le plus efficace pour guérir les rétrodéviations de l'utérus.

L'incarcération de l'utérus dévié est rare. Les symptômes qu'elle présente peuvent avoir de terribles conséquences pour la mère, aussi l'attention doit-elle être tenue en éveil jusqu'au moment où le corps utérin a pris une direction normale.

Dans la majorité des cas, la configuration osseuse du bassin n'entre pour rien dans la causalité de l'incarcération. Les mensurations sont normales, ou ne présentent que des anomalies insignifiantes, n'expliquant pas l'impossibilité de redressement du corps utérin.

Dans les antécédents de la patiente, on retrouve les traces d'affections post-puerpérales anciennes, de chutes ou accidents ayant

déterminé des inflammations pelviennes graves ou de longue durée, des affections annexielles avec crises aiguës, etc., etc. Beaucoup de ces malades ont porté des pessaires pendant plus ou moins longtemps; d'autres enfin, mais rarement, ne peuvent signaler dans leur vie aucune trace d'affection locale pelvienne quelconque.

La fécondation s'est produite, la grossesse suit son cours et vers le 3e, 4e mois environ de la gestation, la patiente vient demander les conseils du médecin pour les symptômes suivants: elle se plaint d'une sensation de plénitude du bassin, de dysurie très accentuée, parfois de rétention d'urine, la défécation est difficile, dolente, le plexus veineux hémorroïdal très engorgé.

Si les premiers symptômes ne nécessitent pas l'intervention du médecin, l'utérus continuera à augmenter progressivement de volume et les accidents intestinaux deviendront des plus pénibles, la patiente s'épuisant en efforts de défécation. Ces efforts répétés pourront déterminer des contractions utérines qui pourront amener l'avortement. Si le praticien n'est pas appelé en temps, si les phénomènes de compression ne s'amendent pas par l'intervention de la *bonne nature*, on pourra voir survenir des sphacèles du côté de la vessie et du rectum, de la péritonite. Enfin, le périnée s'œdématie, s'infiltre et on peut faire craindre la gangrène.

Au début de la grossesse, on n'attache en général que fort peu d'importance à la constatation de la rétrodaviation. Aux premiers symptômes d'incarcération, il est généralement facile de remédier aux malaises; plus tard même, le pronostic restera relativement favorable, le diagnostic étant nettement établi.

Si la grossesse est assez avancée, le premier soin du médecin devra être d'évacuer la vessie; il se servira à cet effet d'une sonde ordinaire, ou bien de la sonde d'homme, la vessie étant très élevée, l'urèthre allongé. La vessie et l'intestin évacués, on placera la patiente dans la position genu-pectorale et très souvent on parviendra sans intervention directe à produire l'ascension du corps de l'utérus. Si la grossesse n'est pas suffisamment avancée que pour maintenir le corps utérin au détroit supérieur, on appliquera un pessaire vaginal. Les dangers que pourrait occasionner ce pessaire sont peu de chose en comparaison de la continuité d'un décubitus ventral que la patiente serait forcée de garder pendant un certain temps, ainsi que l'ont préconisé certains auteurs.

La réduction peut se faire spontanément après évacuation intestinale.

Si la réduction ne se produit pas, il faut recourir au redressement manuel; deux doigts introduits dans le vagin vont exercer une pression lente et continue sur le corps utérin, dans le Douglas, la patiente étant dans la position genu-pectorale. Il ne faut pas chercher à relever l'utérus suivant l'axe du bassin, à cause de

la saillie du promontoire; on le dirigera au contraire vers une des articulations sacro-iliaques.

Le praticien devra dans ces cas remettre sa patiente à l'épreuve et ne pas se rebuter devant un insuccès ; au contraire,qu'il recommence ses manœuvres à plusieurs reprises, qu'il rende ses tentatives plus énergiques, qu'il aille même, si l'état de la patiente le permet, jusqu'à employer la narcose chloroformique.

La reposition per vaginam échouant, on pourra y ajouter la dilatation progressive de l'ampoule rectale au moyen du ballon de Petersen.

Les rétropositions de l'utérus sont surtout persistantes à cause des adhérences contractées par l'organe avec le plancher pelvien. La grossesse relâche ces adhérences et l'augmentation de volume du corps utérin peut arriver à les rompre. Cependant, elles peuvent être à ce point résistantes que la grossesse reste sans action sur elles. On a vu dans ces cas l'utérus se développer aux dépens de la paroi antérieure, sans accident pendant tout le cours de la gestation.

Mais ce sont là exceptions. La résistance des adhérences,causes de la rétrodéviation, peut rendre toutes les tentatives de réduction inutiles. La situation devient alors sérieuse, le pronostic très défavorable.

Dans ces cas, nos auteurs nous conseillent d'intervenir directement, pour interrompre la grossesse, par la ponction de l'œuf par le canal cervical ou par le cul-de-sac de Douglas, à travers la paroi vaginale. (*Auvard*. Traité d'accouchements, p. 471 (1891) ; (*Charpentier*. Traité d'accouchements, p. 828, etc.).

C'est là, nous a-t-il toujours paru, un moyen extrême et nous estimons que la chirurgie moderne nous offre un mode d'intervention qui nous permettra peut-être de sauver la vie de l'enfant,sans faire courir plus de dangers à la mère que par les opérations aveugles dont nous venons de parler. Cette opération est la *cœliotomie*. Elle est inoffensive, faite dans les conditions d'asepsie requises ; aussi, l'avons-nous préconisée depuis longtemps dans ces cas désespérés et avons-nous conservé nos convictions malgré les attaques que nos interventions nous valurent.

La cœliotomie sera le moyen *ultime* d'intervention. Mais entre l'avortement certain provoqué de telle ou telle façon, c'est-à-dire la condamnation de l'enfant, et une opération qui faite en temps nous donnera le maximum de chances de le conserver en vie et de permettre la continuation de grossesse, le choix s'impose.

Nous sommes intervenu jusqu'à ce jour 11 fois dans des cas de ce genre. 10 fois nous avons eu la joie de voir se diminuer des grossesses, condamnées avant l'intervention. Une seule fois notre opération fut suivie d'avortement, 4 jours après l'opération.(*Journal d'accouchements de Liége*.)

CONVULSIONS DU NOUVEAU-NÉ PROVOQUÉES PAR L'ALCOOLISME DE LA NOURRICE

Par le Dr Henri MEUNIER,
Chef de laboratoire à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Au mois de janvier dernier, je fus appelé en consultation auprès d'un enfant de cinq semaines atteint depuis plusieurs jours de convulsions presque incessantes, qui faisaient craindre un dénouement funeste. Le médecin de la famille me mit aussitôt au courant de la situation et j'appris de lui les renseignements suivants sur les antécédents de famille et sur l'origine des accidents actuels :

Le petit malade est le deuxième enfant de parents jeunes et bien portants chez lesquels aucune tare suspecte ne peut être relevée : on me signale seulement un cas d'aliénation mentale chez les ascendants. Un premier bébé, âgé aujourd'hui de seize mois et tout récemment sevré, est de belle apparence, bien développé, et n'a présenté jusqu'ici qu'un seul incident de santé, vers l'âge de douze mois : à l'occasion d'une légère infection gastro-intestinale, diarrhéique et fébrile, l'enfant fut pris de convulsions qui cédèrent rapidement au bromure et ne se reproduisirent pas, le trouble disgestif ayant été immédiatement enrayé par une dose de calomel.

Le second enfant, notre malade actuel, est venu au monde dans d'excellentes conditions. La grossesse de la mère n'a donné lieu à aucun incident et l'albuminurie qui, pendant la première grossesse, s'était montrée assez notable, ne s'est pas reproduite pendant la seconde ; les couches, faciles et régulières, n'ont exigé aucune intervention spéciale. Le nouveau-né de corpulence moyenne pesait 3400 grammes, et fut confié, sous la surveillance de sa grand'mère, puis de sa mère, à une nourrice. La croissance suivit une courbe parfaitement correcte, plutôt un peu exagérée, l'enfant gagnant, passé la première semaine de 40 à 45 grammes par jour : aujourd'hui (cinquième semaine), il pèse 4,600 grammes.

Selles et urines n'ont jamais manqué d'être satisfaisantes, témoignant ainsi, avec la courbe des pesées, d'une alimentation bien réglée et profitable. La seule remarque fâcheuse faite par les parents concernait l'irritabilité de l'enfant, qui, depuis quelque temps, devenait nerveux et très impressionnable : il criait souvent, longtemps et rageusement ; mais comme ces cris ne semblaient pas devoir être attribués à la souffrance, on n'y attachait pas d'autre importance : la tétée, du reste, les faisait cesser faci-

lement et le sommeil, bien qu'agité, n'en remplissait pas moins ses délais normaux.

Les choses suivaient, en somme, une marche satisfaisante quand il y a cinq jours, sans raison plausible, sans faute commise dans l'allaitement, sans aucun indice de trouble gastrique ni autre, apparurent soudain quelques spasmes, dans les muscles de la face, suivis bientôt d'une attaque de convulsions typique. Une nouvelle crise se produisit quelques heures après, puis d'autres dans la nuit et les jours suivants. Ces attaques observées par le médecin de la famille, ne différaient en rien de l'éclampsie vulgaire des nouveau-nés : elles s'accompagnaient souvent d'émission de matières ; mais, par contre, on remarqua que l'enfant resta toute la première journée *sans uriner* ; la durée des attaques variait de quelques minutes à une heure et plus.

Dès le premier jour des manifestations convulsives, l'enfant avait été soumis à un examen complet : sa température, prise dans le rectum, était normale : 37°2. Les selles surveillées avec soin n'avaient aucun caractère suspect : leur abondance, leur couleur, leur odeur, leur consistance ne laissaient rien à désirer : le ventre ne paraissait point douloureux ; enfin, l'appareil respiratoire n'offrait, aussi bien dans ses voies supérieures que dans ses parties profondes, aucun signe d'infection. Quant à l'hypothèse d'un traumatisme cranien, d'une chute méconnue qu'aurait dissimulée la nourrice, elle n'était justifiée par aucun indice apparent : le crâne ne portait aucune trace de contusion, ni ecchymose, ni bosse sanguine.

Malgré cette enquête pathogénique absolument négative, la réapparition de nouvelles attaques nécessita une intervention médicale : on donna à l'enfant une potion bromurée et, dans l'idée qu'il s'agissait peut-être d'un trouble intestinal latent, on lui administra deux centigrammes de calomel : le purgatif fit son effet local ; mais ni lui ni le bromure n'amenèrent d'amélioration durable ; les convulsions reparurent.

La famille, inquiète à juste titre, appela en consultation un second médecin, puis deux autres, dont un homœopathe réputé. Les examens successifs auxquels fut soumis l'enfant ne parvinrent pas à éclairer la cause des accidents et pendant les trois jours que s'exercèrent ces investigations multiples, aucun élément nouveau ne fut découvert, qui pût expliquer les convulsions et donner lieu à une thérapeutique rationnelle. Cependant, les accidents devenaient de plus en plus fréquents, les attaques se répétaient quatre à cinq fois dans la journée, écourtant le sommeil de l'enfant, gênant son allaitement, affolant enfin l'entourage.

Ne trouvant aucune des raisons habituellement en cause dans la pathogénie des convulsions du nouveau-né, le dernier médecin consulté pensa qu'il s'agissait peut-être d'une ossification prématurée des os du crâne, déterminant une compression de l'encéphale ou du moins une irritation spasmogène des méninges ; une certaine étroitesse de la fontanelle et l'apparition constante des premières convulsions du même côté constituaient du reste les seuls arguments invoqués en faveur de ce diagnostic. Mais cette hypothèse comportait une sanction : s'il était vrai que l'encéphale subit une compression, que l'excitabilité des méninges fût mise en jeu par un processus d'ossification incorrect, ou même, comme certains le supposaient, qu'il existât un certain degré d'hydrocéphalie aiguë, de méningite séreuse, en rapport avec ce dystrophisme cranien, il était permis de songer à une intervention directe ayant pour but de supprimer l'irritation mécanique des enveloppes : la ponction lombaire, ou ventriculaire, fut mise en avant, discutée, et proposée enfin aux parents comme dernière ressource.

Telle était la situation lorsque je fus appelé. Cinq jours s'étaient écoulés depuis le début des accidents et, depuis la veille, les crises se succédaient avec une telle fréquence que les attaques étaient pour ainsi dire subintrantes : l'état convulsif n'avait plus de rémissions. Seule, une assez forte dose de chloral, administrée en lavement, venait d'interrompre les convulsions et avait provoqué un sommeil de deux heures, le premier qui eût été obtenu depuis la veille au matin.

Je trouve l'enfant dans son berceau : son sommeil est profond, la respiration tranquille, le pouls régulier : parfois cependant, à des intervalles assez espacés, une légère secousse se montre au niveau de l'orbiculaire gauche. L'approche d'une lumière détermine bientôt le réveil : le bébé ouvre les yeux, tourne la tête et remue les bras, sans raideur. Mais presque aussitôt apparaît la crise : des contractions saccadées de plus en plus rapides agitent les muscles des paupières, du côté gauche d'abord, puis du côté droit : la commissure labiale se relève en secousses brusques, la nuque se raidit, la tête se défléchit, les yeux se meuvent spasmodiquement dans les orbites, d'une façon incoordonnée. Les convulsions gagnent bientôt les bras, le gauche d'abord, puis le droit et, parties des doigts, gagnent le segment supérieur du membre ; enfin, en démaillotant l'enfant, je constate la généralisation des contractions aux membres inférieurs ; mais ici le type clonique s'esquisse à peine, le tonisme domine.

Une certaine accalmie s'étant produite au bout de quelques

instants, j'en profite pour passer en revue les divers appareils du petit malade, désireux, à mon tour, de dépister la cause des accidents nerveux. Dans les langes je constate des matières louables, ne dégageant aucune fétidité, témoignant d'une digestion régulière. Le ventre n'est point tendu, mais sa palpation détermine chez l'enfant une agitation extrême et des cris que fait cesser bientôt la reprise des convulsions ; ces phénomènes ne paraissent pas en rapport avec une sensibilité profonde, intestinale mais plutôt avec une hysperesthésie des parois. L'excrétion urinaire est normale, si l'on en juge par le degré d'humidité des couches. L'auscultation ne révèle aucun signe de bronchite et pendant les moments de calme, la respiration s'entend partout pure et régulière. La gorge n'est le siège d'aucune inflammation, les bords alvéolaires sont roses, minces et résistants ; aucun travail de dentition prématuré ne peut y être soupçonné. L'aspect de la tête n'a rien d'insolite : le crâne est bien conformé, les bosses pariétales régulièrement saillantes ; la fontanelle antérieure sur laquelle un examen médical précédent s'était appesanti, ne me frappe ni par son étroitesse, ni par son ossification : assez dépressible sous le doigt, elle ne témoigne nullement d'une tension hydrocéphalique sous-jacente. Les oreilles ne sont le siège d'aucun écoulement. Les téguments ne présentent pas d'éruption suspecte et les orifices naturels sont indemnes de toute fissure ou érosion de la muqueuse.

La température, qui n'a pas cessé d'être normale depuis le début des accidents, est encore à l'heure actuelle dans les limites physiologiques (T. R. = 37°4). Le pouls est régulier et donne 110 pulsations à la minute. Enfin, chose vraiment remarquable, *le poids de l'enfant n'a pas diminué pendant les cinq jours des convulsions* : il est seulement stationnaire.

En définitive, mon examen reste absolument négatif et je ne puis, en toute justice, invoquer aucune des causes dont relèvent habituellement les convulsions du nouveau-né : la plus fréquente d'entre elles, l'infection (gastro-intestinale ou broncho-pulmonaire), n'est vraiment pas admissible dans le cas présent, car cette infection, si elle existait quelque part, se manifesterait certainement, *après cinq jours*, soit par des signes locaux soit par un mouvement fébrile, soit par une diminution de poids. Quant aux autres causes plus rares, dentition prématurée, otite, ossification vicieuse des os craniens, syphilis, tumeur cérébrale, etc., je ne puis les accepter en l'absence de tout argument démonstratif.

J'incline alors vers une dernière hypothèse, bien rarement invoquée en vérité chez les nourrissons à la mamelle, l'intoxica-

tion *ab ingestis* ; et comme l'enfant n'avait absolument rien absorbé que le lait de sa nourrice, je pousse mon enquête sur cette nouvelle donnée. En l'absence de l'intéressée, les parents me donnent sur elle d'excellents renseignements ; c'est une femme de la campagne, à vrai dire un peu jeune (vingt ans), mais de bonne santé et de caractère facile ; son lait est abondant et les tétées sont prises avec avidité ; son alimentation est soignée, personne n'a observé dans la maison qu'elle fît quelque écart de régime. Je note, en passant, que cette femme fait tous les jours une sortie d'une heure, par hygiène, sans être accompagnée.

Mes soupçons ne trouvent, en somme, dans cette enquête, aucun appui sérieux, et j'observe, au contraire, qu'ils vont tout à fait à l'encontre de l'opinion de la famille et de l'entourage. Je ne les abandonne cependant point et je m'en félicite bientôt, en apprenant, de la bouche du père, le petit incident suivant auquel on n'avait attaché aucune importance.

Le jour même où le petit malade avait eu ses premières convulsions, accompagnées, si l'on s'en souvient, d'anurie passagère, sa nourrice avait donné le sein (trois tétées) à l'autre enfant, âgé de seize mois et sevré seulement depuis deux jours ; or cet enfant, qui était en parfaite santé, présenta à la suite de ces trois tétées accidentelles, une *anurie* qui dura 16 heures ; le fait fut remarqué par la mère, mais comme il ne se reproduisit pas, on le mit sur le compte du sevrage.

Le récit de cet incident vient à propos pour raffermir mes soupçons ; je suis frappé, en effet, de ce fait qu'un trouble tout à fait insolite, une anurie assez prolongée, se soit manifestée chez l'enfant en sevrage, jusque-là bien portant, à la suite de quelques tétées données par la nourrice du nourrisson malade et que celui-ci ait justement présenté au début de ses convulsions un semblable phénomène. Le rapprochement de ces deux faits, sans être en vérité absolument démonstratif, me persuade plus que jamais que les convulsions de mon petit nourrisson relèvent de la nourrice, et je demande à voir et à questionner moi-même l'inculpée.

Je ne me fais certes aucune illusion sur la portée de cet interrogatoire ; quelque diplomatie qu'il emploie en pareille circonstance, un médecin obtient rarement d'une nourrice, qui le regarde comme l'ennemi, un aveu quelconqne sur sa santé et sur ses habitudes. Les deux points sur lesquels je désirais être éclairé, le retour des règles et l'usage des boissons, étaient précisément de ceux sur lesquels une nourrice observe toujours, en face d'un médecin, un silence... prudent. Aussi mes questions restent-elles sans réponses, ou plutôt me laissent-elles sans conviction ; la

nourrice m'affirme catégoriquement que ses règles ne sont pas revenues (1) et me déclare qu'elle ne boit ni vin, ni liqueurs, ni café, en dehors des rations mesurées qu'elle reçoit à ses repas.

Il était dit que l'enquête resterait négative sur toute la ligne et je n'insistai pas. Néanmoins, mes soupçons restaient intacts, renforcés même par une mauvaise impression d'ensemble que m'avait laissée mon dernier examen ; et je n'hésitai pas à faire l'épreuve décisive en supprimant la cause suspecte, la nourrice. La chose me fut facilitée grâce à la présence dans une famille amie et voisine d'une nourrice qui fut prêtée à titre d'essai. Je formulai alors les prescriptions suivantes : 1° Faire venir immédiatement la nouvelle nourrice et donner à l'enfant une tétée aussi complète que le permettraient les convulsions ; 2° aussitôt après, lui administrer un lavement avec 0.20 centigr. de chloral afin de lui procurer une nouvelle accalmie ; 3° Le réveiller au bout de trois heures, lui rendre le sein de la nouvelle nourrice, continuer l'allaitement suivant la règle habituelle et cela jusqu'à nouvel ordre ; 4° Enfin, si les couvulsions reparaissent, soit dans la nuit, soit dans la journée du lendemain, donner à l'enfant toutes les trois heures un bain chaud à 39° de dix minutes et continuer matin et soir l'administration du chloral.

Le résultat dépassa mes espérances : la tétée de la nouvelle nourrice se passa assez bien ; le sommeil fut ensuite obtenu, sans trop de difficultés, par le lavement chloralé et, au premier réveil, *aucune convulsion ne reparut*. L'enfant, après une nouvelle tétée, se rendormit facilement sous l'influence encore active du chloral. La journée du lendemain fut parfaite : les parents, très attentifs, n'observèrent pas la moindre contraction musculaire ; et tout rentra dans l'ordre, sans autre incident. Une nourrice définitive fut installée : l'enfant est aujourd'hui en excellente santé.

Comme médecin, je ne pouvais que me réjouir du succès obtenu ; — au point de vue théorique, ma satisfaction n'était pas complète. Assurément, je me trouvais plus autorisé que jamais à attribuer les convulsions si graves et si prolongées de l'enfant à l'influence nocive de la nourrice ; mais j'aurais désiré être édifié sur la cause particulière qui faisait du lait de cette femme un vérita-

(1) Je suis loin d'attacher une trop grande importance au rôle que peut jouer la menstruation de la nourrice dans la genèse des convulsions du nourrisson : pour ma part, je n'en ai jamais vu d'exemple ; mais dans les circonstances actuelles, où l'interprétation des faits était si embarrassante, je devais songer à cette hypothèse, certains auteurs l'ayant signalée comme possible. (Gaussail, *Jour. de médec., chir. et pharm.*, Toulouse, 1855, n. s., VII, p. 257.)

ble poison pour son nourrisson. Une circonstance fortuite vint satisfaire ma curiosité et me donna enfin la clef du problème. Quelques semaines après l'épisode que je viens de raconter, j'appris que la fameuse nourrice, placée comme domestique chez de nouveaux maîtres, y avait moins bien dissimulé certaines habitudes d'intempérance et qu'on avait pu constater chez elle un usage excessif de vin pur et de café ; enfin, comme dernier complément d'information et pour parfaire le dossier de l'inculpée, on m'avisa que dans la première famille, précisément à l'époque où l'enfant avait été pris de ses convulsions, du vin avait été dérobé et que ce détourement ne pouvait être attribué qu'à la nourrice (1).

La lumière était faite : je n'en demandais pas davantage.

Ainsi complétée, cette observation m'a paru intéressante, et si j'ai cru devoir la rapporter, c'est que, après des recherches consciencieuses, je n'ai trouvé que très peu d'exemples analogues dans la litérature médicale. L'influence nocive de l'alcoolisme de la nourrice sur le nourrisson n'est assurément point chose neuve : et le moindre bon sens a de tout temps suffi pour dénoncer l'ivrognerie comme un défaut doublement grave chez une nourrice ; des faits observés dans la vie courante vinrent sans doute à l'appui de cette opinion rationnelle et motivèrent les recommandations signalées par les auteurs qui se sont occupés de l'hygiène de la nourrice et des accidents de l'allaitement. Et c'est ainsi que bon nombre de pédiatres incriminent l'alcoolisme de la nourrice dans la pathogénie de certains troubles de santé de l'enfant ; parmi ces auteurs, nous citerons North, Carpentier, Rilliet et Barthez, Underwood, Bouchut, Descroizilles, Bessières, Comby, qui déclarent que l'abus des boissons spiritueuses chez une femme qui allaite peut parfois déterminer chez le nourrisson des troubles divers, en particulier des convulsions, celles-ci cessant du reste par le changement de la nourrice ou par la régularisation de son régime. L'idée n'est donc point neuve : elle méritait cependant l'appui d'un fait nouveau dûment observé, car aucun de ces auteurs n'en rapporte d'exemple personnel et leur affirmation paraît plutôt l'écho d'une opinion traditionnelle.

Je n'ai trouvé en vérité que trois faits qui se rapprochent du mien : ce sont les cas de Vernay (2), de Carpentier (3) et de Solt-

(1) Grâce à ces renseignements, j'ai pu estimer que la quantité de vin consommée par la nourrice était environ de 1 litre et demi à 2 litres par jour.

(2) VERNAY. Convulsions par alcoolisme chez un nouveau-né, *Lyon méd.*, n° 24, 1872.

(3) CHARPENTIER. *Bullet. de la Soc. protectr. de l'enfance*, 1873, p. 201.

mann (1). Dans le premier, il s'agissait d'un nouveau-né de bonne constitution, dont le poids augmenta rapidement et qui, à l'âge de deux mois, fut pris de convulsions graves qui se répétèrent pendant dix jours : la nourrice buvait 8 à 10 verres de vin par jour. Dans l'observation de Carpentier, le nourrisson avait cinq semaines quand, après une période de constipation opiniâtre, se déclara une violente crise de convulsions : la nourrice, craignant que son lait ne fût insuffisant, se soutenait avec quatre bouteilles de vin par jour ! Enfin, Soltmann, après avoir déclaré que des exemples semblables ne sont pas rares en Silésie, « où le Schnaps est le pain quotidien des femmes du peuple », rapporte un cas personnel dans lequel un enfant fut atteint de convulsions graves pendant huit jours et où les accidents ne furent enrayés qu'après qu'on eût découvert sous la paillasse de la nourrice une bouteille d'eau-de-vie.

De ces trois observations, les deux premières, relatées avec soin, ont un intérêt particulier : deux détails, en effet, y sont signalés que l'on retrouve dans l'observation que j'ai rapportée ; j'en dirai quelques mots. Vernay et Charpentier ont remarqué tous deux que leurs petits malades avait présenté, avant l'apparition des convulsions, une hyperexcitabilité singulière : l'enfant était agité, nerveux, criait souvent et s'endormait difficilement ; l'un deux avait même des signes manifestes d'hyperesthésie cutanée et se débattait avec fureur dès qu'on le touchait. On se rappelle que mon convulsé avait présenté des signes analogues et que ses parents avaient été frappés, plusieurs semaines avant l'explosion des attaques, de son extrême irritabilité, de la fréquence de ses cris, de l'agitation de son sommeil. — La seconde particularité que Vernay, Charpentier et moi-même avons remarquée, c'est qu'il s'agissait, dans les trois faits, d'enfants de belle apparence, bien nourris, trop nourris même, gras. Dans mon cas, le bébé réjouissait ses parents par la belle courbe de son poids : en cinq semaines il avait augmenté de 1200 grammes ; l'enfant de Vernay se fait remarquer également par son rapide accroissement et l'auteur ne manqua pas d'en être surpris. Il semblait en effet contradictoire qu'un si beau développement fût la conséquence d'un allaitement défectueux et qu'un lait susceptible d'intoxiquer l'enfant et de provoquer chez lui des convulsions graves et répétées, pût assurer sa nutrition d'une façon si satisfaisante. Il n'y avait là, en vérité, qu'une fausse apparence, et Vernay se

(1) Soltmann. *In Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt*, 1830, Bd V, Th. I, p. 45.

rendit compte, non sans raison, que cette nutrition satisfaisante ne l'était qu'en surface : son enfant était surtout *gras*, le mien aussi. Or cette graisse exagérée, trompeuse sur la balance, mais qu'un œil et un doigt exercés savent apprécier, est précisément ici la tare de l'allaitement : dans le cas particulier, son développement excessif n'a rien qui soit irrationnel : ne sait-on pas que l'alcool exerce souvent, dans certaines conditions, une action lipogène remarquable sur l'organisme qui en est imprégné ? Il est permis de croire que cette action s'est exercée ici sur le nourrisson intoxiqué, soit par le passage direct de l'alcool de la nourrice à l'enfant, soit plutôt par suite d'une altération du lait et d'une modification de ses qualités nutritives.

Les quelques propositions suivantes résumeront mon observation et les recherches que j'ai faites à cette occasion :

I. Des convulsions graves peuvent survenir chez les nouveau-nés dont les nourrices font un usage immodéré de vin ou de boissons alcooliques.

II. Ces convulsions sont précédées d'une période pendant laquelle l'enfant devient nerveux, irritable et paraît atteint d'une hyperesthésie générale. Une fois réalisées, elles ne diffèrent point de l'éclampsie classique, mais se font remarquer par le nombre rapidement croissant des attaques et même, après quelques jours, par l'établissement d'un état convulsif permanent entrecoupé de vraies attaques.

III. Les convulsions d'origine alcoolique du nourrisson ne s'accompagnent généralement pas de troubles gastro-intestinaux ni de fièvre : elles apparaissent, au contraire, chez des enfants dont la nutrition semble satisfaisante et dont la courbe des pesées est même au-dessus de la moyenne.

IV. Le diagnostic causal de ces convulsions ne peut être établi qu'après exclusion des autres causes habituelles de l'éclampsie infantile et sa vérification sera souvent d'un contrôle difficile, la fraude de la nourrice étant toujours soigneusement dissimulée. On devra néanmoins conduire son enquête dans ce sens, lorsqu'on se trouvera en face d'un état éclamptique apyrétique, dont les attaques se répètent plusieurs jours de suite en augmentant de fréquence, et cela en l'absence de toute autre cause morbide du côté de l'intestin et de l'appareil respiratoire.

V. La disparition complète des accidents convulsifs ; soit par le changement de la nourrice, soit par la suppression du vin et des liqueurs dans le régime de celle-ci, démontre que l'action

toxique de l'alcool peut s'exercer sur le nourrisson par l'intermédiaire du lait. Il résulte également de l'observation ci-dessus rapportée, qu'il n'est pas nécessaire que la quantité de vin consommée par la nourrice soit considérable pour nuire au nourrisson, lorsque celui-ci possède, du fait de son hérédité névropathique, une excitabilité anormale de son système nerveux.

(*Journal de méd. et de chirurgie pratiques.*)

PSYCHOSES SYSTÉMATISÉES CHEZ LA FEMME, A LA SUITE D'OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'APPAREIL GÉNITAL,

Par Doléris.
Accoucheur des hôpitaux.

En 1895, je communiquais, au congrès de gynécologie de Bordeaux, un mémoire portant sur neuf cas de *délire post-opératoire en gynécologie.*

Ces cas se présentaient avec des caractères communs, notamment en ce qui touche aux anamnestiques : antécédents personnels nerveux variés, mais non délirants, dépression neurasthénique ancienne ou récente, perturbation psychique née de l'appréhension opératoire, et préparée par une maladie longue et douloureuse.

Chez certaines malades, on trouvait des habitudes d'éthylisme, de l'éthéromanie ou de la morphinomanie, une syphilis avérée.

Chez d'autres, on constatait seulement des tares arthritiques confirmées par une hérédité très significative à cet égard.

J'ai noté aussi, chez quelques-unes, l'influence de la ménopause.

Dans l'hérédité directe ou collatérale, je n'ai pu découvrir l'existence de vésanies caractérisées.

Ces conditions cependant, diversement associées et réparties suivant les cas, suffisent à donner la clef d'un état dégénératif de l'organisme et l'on peut dire que ces malades étaient toutes plus ou moins des *tarées*, ce qui suffit à présumer que les fonctions physiologiques et l'intégrité anatomique des organes principaux étaient déjà atteintes ou qu'elles étaient à la merci d'un choc subit tel que le traumatisme opératoire.

J'ai présenté l'observation plus ou moins abrégée de ces neuf cas auxquels j'en aurais pu ajouter deux autres si j'en avais connu alors la terminaison. L'un se rapporte à une malade de Charcot, Mme de H., soignée et opérée par moi en 1889, qui avait présenté avant et après le traitement des symptômes délirants tellement fugaces que je n'avais pas cru devoir les faire rentrer dans mon ca-

dre. Mme H. pouvait passer tout au plus pour capricieuse, appréhensive, fantasque. Mais tout cela ne ressemblait nullement à de la manie, et elle avait paru se remettre très bien de ces troubles passagers. Ils témoignaient néanmoins d'une propension réelle ; la manie véritable. Il y avait chez elle une hérédité significative. Son père s'était suicidé. Deux années après les troubles post-opératoires dont il vient d'être question, Mme H. donna des signes certains de folie qui nécessitèrent sa séquestration.

Une autre malade m'a offert l'exemple d'une évolution analogue, sur laquelle je n'insisterai pas.

Quant aux troubles psychiques eux-mêmes, envisagés au point de vue de leur systématisation, ils étaient fort disparates chez ces malades, au nombre de onze. Je n'essaierai donc pas de les faire rentrer dans une classification quelconque.

La question, placée sur un terrain plus large, est à l'ordre du jour ; un article intéressant du professeur Joffroy et des débats récents à la Société de Chirurgie, lui donnent un intérêt d'actualité.

J'ai observé une forme singulière, à pronostic bénin, chez des neurasthéniques sans tare nerveuse héréditaire, dont le trouble mental se caractérisait par la perte du sentiment de l'existence même de leurs organes génitaux externes.

Les malades sont convaincues qu'elles ne possèdent plus ces organes, alors qu'ils existent dans leur intégrité.

Certaines ont perdu, en outre, plus ou moins complètement, la sensibilité spéciale de la vessie et du rectum, et n'éprouvent que de vagues besoins d'évacuation. Chez d'autres, le sens des rapports topographiques de ces organes entre eux a disparu.

La sensibilité au contact et à la douleur sont parfaitement conservées ; les sphincters fonctionnent régulièrement.

Les sensations spéciales, éveillées antérieurement par le coït, sont entièrement éteintes.

Voici un premier fait :

Madame P. est une de mes plus anciennes clientes. Elle a subi, il y a douze ans, un traitement, il y a six ans une opération grave qui s'est terminée régulièrement et après laquelle elle a joui de six années de santé parfaite.

J'ai dû l'opérer à nouveau en décembre 1897, pour un néoplasme des annexes gauches.

A la suite de cette opération, dont la terminaison a été des plus simples et des plus rapides, Mme P. a été, tout à coup, au bout de quelques semaines et au milieu d'un état général parfait,

prise de troubles psychiques singuliers. Je dois dire que, sans être d'une culture très considérable, elle est d'un esprit éveillé et d'une imagination assez vive. Il est possible qu'elle fût au courant des idées qui circulent parmi le monde féminin, de la perte des sensations génitales à la suite des opérations, disent-elles, ... de certaines opérations disent les plus avisées; mais l'idée délirante était autre.

Elle revint en effet chez moi, accompagnée de sa sœur, à la fin de février, exactement le 24. A noter qu'elle avait eu ses règles normalement le 13 pendant 4 jours comme précédemment.

Elle fond en larmes sans prononcer un mot. Sa sœur l'accompagne, interdite et pendant quelques minutes je ne pus obtenir aucune explication. Puis la malade me dit qu'elle sait bien qu'elle n'a plus rien dans le ventre, que tous ses organes lui ont été enlevés ; elle entendait la vulve, le clitoris, le vagin, que sait-on... ? à preuve qu'elle ne voit même plus quand elle urine, par où ni comment. Il lui semble que toute cette région de son individu lui fait défaut. Sa sœur ajoute qu'elle se prend fréquemment dans la journée à se tâter pour s'assurer qu'elle est intacte. Dans la rue, elle s'arrête brusquement pour porter la main aux parties génitales et se convaincre de leur intégrité. Elle devient mélancolique, pleure constamment et commence à refuser de manger. il fallut la morigéner, la convaincre, lui montrer des dessins anatomiques de la région génitale, lui persuader de se regarder dans une glace.

Je lui affirmai qu'elle possédait tous ses organes externes et j'ajoutai que, pour les organes internes, la menstruation persistante lui en garantissait l'intégrité.

Elle parut convaincue et sa conviction se raffermit quand de retour chez elle, elle fit dans une glace, l'inspection de la région qu'elle disait absente. Mais ce ne fut qu'une éclaircie de courte durée.

J'avais prescrit des douches froides, des frictions, etc., l'état psychique ne s'améliorait pas, l'idée fixe persistait. Les règles reparaissent le 13 mars et durent 4 jours encore.

La malade revient me voir et est tout aussi troublée qu'auparavant. Elle ne cesse de pleurer, de se lamenter, elle tombe dans une tristesse profonde et maigrit sensiblement.

Un rapprochement qu'elle a tenté avec son mari l'a laissée froide ; il ne lui en a pas fallu davantage pour retourner à ses idées mélancoliques. Cependant l'hydrothérapie, les promenades qu'on l'oblige à faire toujours accompagnée, les injections hypodermi-

ques de glycéro-phosphate ont amené la guérison au bout de quelques mois.

Dans les antécédents de cette malade on trouve une mère très bien portante âgée de 74 ans, un père mort à 64 ans, obèse, alcoolique, nerveux ; elle-même excitable, et ayant par périodes fait quelques excès. Pas de syphilis.

Elle a subi un traitement génital il y a 12 ans, et une opération grave il y a 6 ans dans des conditions déplorables, permettant un pronostic très grave et enfin récemment une laparotomie bénigne, rapide, qui n'a pas troublé un instant sa santé.

Il reste sûrement un brin d'ovaire à gauche, et l'utérus entier. Rien donc ne justifie la conception délirante.

C'est un trouble nerveux central, une psychose à répercussion systématisée sur la région pelvi-génitale, et dont l'origine a pu, dès le début, être une perturbation de la sensibilité spéciale des organes de la région.

Une autre opérée, Mme B., conserva longtemps une sensation inverse de la précédente. Il lui semblait qu'elle était imperforée, et qu'à la place des orifices périnéaux, il existait un plan continu qui mettait obstacle à la sortie de l'urine et des matières fécales. Sur ces impressions s'était greffé un véritable état vésanique avec mélancolie, dépression, etc.

Une troisième malade, Mme H., se rapprochait beaucoup de la précédente par son délire. Après une opération d'Alexander, qui avait très correctement replacé l'utérus et fait disparaître une compression douloureuse et constante sur le rectum, s'accompagnant de constipation opiniâtre et d'irradiations douloureuses vers l'anus et la jambe gauche, elle s'imagina qu'elle n'avait plus d'anus. Elle venait fréquemment à ma consultation me prier de m'assurer de la perméabilité ou de l'existence de cet orifice. Puis ce furent la vessie et l'urèthre, qui faisaient défaut. Enfin, la malade finit par être convaincue de l'existence de tumeurs externes dont elle indiquait le siège dans la région vulvo-vaginale, et qui, d'après elle, apparaissaient et disparaissaient avec une étrange facilité. Il fallait conclure à une délire fixe, et malgré moi je me sentais porté à établir une comparaison entre ces désordres et les symptômes exagérés certainement que la malade accusait avant d'être opérée.

On ne saurait mieux assimiler cette perturbation psychique chez la femme qu'à la petite hypochondrie telle que Ballet l'a décrite dans ses leçons cliniques de Saint-Antoine.

Il y a lieu cependant d'établir une différence fondamentale entre l'hypocondrie dont le point de départ semble être dans les

viscères de l'épigastre et les troubles propres aux femmes qui rapportent toutes leurs perturbations et tous leurs malaises à l'hypogastre. Si l'on pénétrait le secret de cette singulière morbidité on arriverait probablement à élucider bien des questions intéressantes pour la gynécologie.

PÉDIATRIE

Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie

RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES CARDIOPATHIES INFANTILES,

Par M. le Docteur Edouard Weill,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

(*Suite, voir le n° 9.*)

A côté des faits dans lesquels le rhumatisme, pour être effacé, n'en porte pas moins la marque classique, douleurs articulaires ou musculaires, il en est d'autres dans lesquels le rhumatisme affecte une forme tout à fait larvée. L'expression morbide qui les caractérise le mieux est la chorée.

Celle-ci, en effet, est parfois un véritable équivalent de l'arthropathie. Ce n'est pas que la chorée de Sydenham, la seule dont il soit question ici, soit toujours de nature rhumatismale ou ait de la tendance à frapper le cœur. Bonnaud (1) a établi que la chorée de Sydenham, considérée d'une façon générale, ne touche le cœur que dans la proportion de 13 %. J'ai trouvé à mon tour (2) que tandis qu'il y avait 7 endocardites sur 68 choréiques non rhumatisants, il y en avait 8 sur 11 choréiques rhumatisants, cette dernière dénomination s'appliquant aux sujets qui ont présenté du rhumatisme, avant, pendant ou après leur chorée. Ainsi 10 % d'endocardites dans le premier groupe de faits, 80 % dans le second, cela ne veut-il pas dire que la chorée associée à l'endocardite chez un sujet qui ne présente actuellement pas de rhumatisme, est vraisemblablement de nature rhumatismale. La chorée peut être la première manifestation, longtemps exclusive du rhumatisme. Dans une de nos observations, un enfant de 8 ans est atteint, en 1892, de chorée émotive suivie d'endocardite. Cette chorée est qualifiée de nerveuse, mais en 1894 éclate un rhumatisme articulaire franc qui donne sa véritable signification à l'endocardite.

La chorée peut être la seule manifestation du rhumatisme héréditaire : Cheadle, sur 43 cas d'endocardite choréique a trouvé

(1) Th. de Lyon, 1896.
(2) Loc. cit.

10 cas de rhumatisme familial. Dans d'autres cas, elle est la première manifestation rhumatismale compliquée d'endocardite; plus tard survient un rhumatisme articulaire. La chorée survenant chez un ancien rhumatisant atteint d'endocardite peut provoquer une nouvelle localisation, telle que la péricardite.

— Si j'ai insisté sur ces faits, c'est qu'ils ont une grande portée au point de vue thérapeutique. Le salicylate de soude n'a pas été préconisé contre la chorée ou, du moins, il semble inefficace dans cette affection. Et cependant, lorsqu'il s'agit d'une chorée chez un sujet qui a des antécédents héréditaires rhumatismaux ou qui a déjà présenté antérieurement du rhumatisme, je crois prudent d'employer la médication salicylée, non pas contre le système nerveux lui-même, mais contre l'infection dont il est l'unique expression, et uniquement pour préserver le cœur.

Le symptôme chorée ne relève pas, en effet, d'une cause spécifique. On le voit naître dans des conditions trop variées pour accepter une opinion pareille. Mais une des conditions qui semblent favoriser le développement, c'est le terrain rhumatismal, et parfois l'infection rhumatismale, même atténuée. C'est dans cette seule catégorie de cas que l'emploi de la médication salicylée me paraît indiquée.

Il se présente ici une objection aisée: comment le médicament qui combat l'infection rhumatismale est-il sans action sur la seule expression évidente de cette infection, c'est-à-dire sur la chorée. La réponse exigerait des développements qui sortiraient trop de notre sujet. Nous nous contenterons de dire que la chorée de Sydenham est une réaction spéciale du système nerveux, en rapport avec l'âge du sujet, et qu'une fois mise de train, elle s'émancipe de sa cause.

— Je ne citerai pas à propos du traitement préventif de l'endocardite, les cas dans lesquels celle-ci est le premier phénomène de la série rhumatismale, les arthropathies suivent de près, ou le seul phénomène, les arthropathies ne survenant que longtemps après.

Hors du rhumatisme, le traitement prophylactique de l'endocardite est mal établi. Il va de soi que la *vaccine* préserve de toutes les complications graves de la *variole*, cardiaques ou autres.

Dans la *fièvre typhoïde*, le bain froid produit ses effets prophylactiques chez l'enfant comme chez l'adulte, probablement en amenant une dépuration urinaire continue (1). Aussi la myocardite est-elle exceptionnelle dans les cas ainsi traités.

L'action prophylactique du *sérum antidiphtérique*, en ce qui concerne les localisations cardiaques, n'a pas été étudiée en particulier. Elle ressort naturellement de son influence générale sur l'évolution de la diphtérie. Expérimentalement Mollard et Regaut (2)

(1) Roque et Weill, *Rev. de méd.*, 1889.
(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1896.

déterminent une intoxication grave capable de tuer l'animal en 10 à 15 jours. Par une injection de sérum antitoxique, ils arrêtent en quelque sorte la lésion myocardique au point où elle était arrivée.

Dans la *scarlatine*, il existe une forme d'endocardite grave liée à la streptococcie (Henoch, Jaccoud, Pineau, Bokai, Frankel). On a songé à faire des injections de sérum antistreptococcique dans la scarlatine. Outre que ces tentatives n'ont pas été dirigées contre les complications cardiaques, elles méritent d'autant moins de nous arrêter que l'efficacité du sérum antistreptococcique est très discutée (Méry, Petruschky), le sérum n'étant actif que pour un streptocoque donné (Courmont). L'antisepsie buccale constitue actuellement la seule méthode préventive, indiquée théoriquement dans la scarlatine.

2° Traitement de la lésion.

Lorsque, malgré l'emploi des moyens prophylactiques, le cœur a été touché, il convient de combattre directement la lésion. La pathologie infantile ne se distingue en rien sur ce point de celle de l'adulte. Aussi ne nous y arrêterons-nous pas longuement.

— La médication dirigée contre la lésion est *spécifique* ou *banale*.

α) La première est représentée par le salicylate de soude dans l'endopéricardite rhumatismale.

Les auteurs sont partagés sur l'action de ce médicament. *A priori*, il semble qu'il doive agir sur l'endocarde ou le péricarde comme sur les jointures. — On a objecté la fréquence des cardiopathies en dépit de l'administration de cette substance. Rappelons la réponse faite par Potain, que parmi les endocardites incriminées, les unes sont déjà anciennes et relèvent non pas de l'atteinte rhumatismale actuelle, mais d'une atteinte antérieure, que les autres sont discutables, attendu qu'on les a basées sur la présence d'un souffle accidentel. Que si on prend comme éléments de diagnostic, les signes récemment établis, assourdissement des bruits, etc., la guérison de l'endocardite rhumatismale n'est pas douteuse, dans des cas assez nombreux, et il conseille de maintenir le traitement salicylé, l'endocardite une fois développée. Cependant, si le myocarde paraît touché, si le cœur est trop excité ou affaibli, si le pouls est petit, rapide, il faut se méfier de l'action déprimante du salicylate.

— Il est un point qui concerne spécialement l'enfant dans la question précédemment indiquée. Il existe en effet dans le jeune âge, et particulièrement dans les cinq premières années, une endocardite dite idiopathique. Steffen en a réuni 56 cas. Gubler a vu un enfant présenter en quatre ans cinq attaques d'endocardite aiguë. A la dernière, les jointures se prirent. Cheadle cite plusieurs

cas où des enfants atteints d'endocardite eurent plus tard des atteintes rhumatismales. La plupart des auteurs considèrent ces endocardites idiopathiques comme de nature rhumatismale et Von Dusch tend à croire que dans les premières années le rhumatisme a une affinité spéciale pour l'endocarde. D'après cela, nous conseillons l'emploi du salicylate dans les cas de ce genre qui sont d'ailleurs d'un diagnostic difficile, à moins qu'à l'endocardite ne se joigne de la péricardite.

Il va de soi que lorsque l'endocardite naît dans le cours d'une chorée, la même règle s'impose.

Le salicylate de soude est bien toléré par les enfants. Les vomissements, les vertiges, les bourdonnements d'oreille sont rarement observés (Archambault) (1). Les doses seront de 0,50 par jour dans la première année, 1 à 2 grammes jusqu'à 3 ans, 3 à 5 grammes jusqu'à dix ans. Archambault ne craignait pas de donner 10 grammes dans la seconde enfance. L'usage du salicylate sera prolongé au delà de la cessation des phénomènes articulaires et fébriles, et, en cas d'endopéricardite, jusqu'à près la disparition de ses symptômes. On ne suspendra le médicament qu'après une diminution progressive des doses. Lannois et Linossier (2) ont proposé de substituer au salicylate de soude le salicylate de métyle en application cutanée. On badigeonne une ou deux fois par jour une certaine étendue des téguments, un segment de membre ou un membre entier, s'il s'agit d'un jeune sujet, avec 1 ou 2 grammes de salicylate de méthyle. On recouvre d'une toile imperméable qui doit empêcher l'évaporation et par-dessus celle-ci on place une couche de coton qui favorise par le chauffage le dégagement des vapeurs et par là même l'absorption cutanée. Cette pratique trouve une utile application chez certains enfants indociles. Lannois et Linossier attribuent une action prépondérante du médicament au siège même de l'application : par exemple au niveau d'une jointure douloureuse. On pourrait donc faire le badigeonnage au niveau de la région précordiale, en cas d'endocardite.

En dehors de l'endocardite rhumatismale, il n'existe pas de médicament spécifique pour les localisations cardiaques de la fièvre typhoïde, de la grippe, de l'érysipèle, de la pneumonie, de la scarlatine. L'action du sérum antidiphtérique sur une myocardite diphtérique constituée n'a pas été étudiée spécialement.

β) Le traitement non spécifique des lésions ne comporte pas d'indication particulière à l'enfance. Dans l'endocardite rhumatismale, on prescrira la diète, lait et potages et le repos, même lorsque les douleurs sont légères et localisées dans un petit nombre de jointures. Le repos diminue dans une certaine mesure la réceptivité locale. Le cœur de l'enfant se comporte comme une ar-

(1) Soc. méd. des hôp. de Paris, 1879.
(2) Congrès de Nancy, 96.

ticulation ; or, ce sont les jointures les plus fatiguées dans la vie habituelle qui subissent les premières et le plus fortement les atteintes du mal. Le lit et la diète réalisent pour le cœur un repos relatif qui doit être associé aussi bien au traitement préventif qu'au traitement curatif. Bruce (1) va jusqu'à prétendre que chez les sujets très jeunes les rechutes du rhumatisme et avec elles celles de l'endocardite sont occasionnées par des excitations légères, une émotion, un récit intéressant. On ajoutera donc au repos physique, le repos moral. Il est bon pour assurer la sédation plus complète du cœur de donner dès le début du bromure de potassium et de petites doses de digitale, de même aussi de combattre l'insomnie, cause d'agitation par un hypnagogue tel que le sulfonal et le trional.

Le traitement local de l'endopéricardite et de la myocardite dans leur période aiguë n'a rien qui distingue l'enfant de l'adulte. Deux circonstances peuvent se présenter : ou bien la lésion est bien tolérée, ou bien elle détermine des troubles circulatoires dont nous étudierons le traitement à propos de l'asystolie.

Si on veut se contenter de combattre les phénomènes inflammatoires développés au niveau du cœur, on aura recours aux différents procédés de la méthode antiphlogistique. En Angleterre, on s'adresse volontiers aux onctions mercurielles sur la région précordiale ainsi qu'au calomel pris à dose réfractrice. En Allemagne, la faveur est aux applications froides, compresses froides, vessies de glace. En France, on use volontiers des ventouses simples ou scarifiées, si la région précordiale est douloureuse, de badigeonnages à la teinture d'iode, de pointes de feu, de vésicatoires. Rappelons que chez l'enfant, la durée d'application du vésicatoire doit être courte et la peau soigneusement aseptisée. Les émissions sanguines sont, d'une façon générale, déconseillées chez l'enfant.

δ) Le traitement de la lésion ne s'arrête pas à la phase aiguë de celle-ci. Qu'il s'agisse d'une péricardite ou d'une endocardite, elle est susceptible ou de se résoudre complètement au bout de quelques semaines ou d'arriver à une transformation fibro-scléreuse des parties touchées. Cette dernière évolution se fait lentement, et avant qu'il se soit constitué une lésion cicatricielle irréparable, déformant et troublant le jeu des valvules et des orifices, il s'écoule un temps variable difficile à apprécier, pendant lequel le traitement doit intervenir. Quelle est la durée de cette période. C. de Gassicourt a vu le souffle disparaître deux fois au bout de 3 mois. Il croit la lésion définitive, lorsque les signes physiques persistent plus d'un an. Peter a observé un enfant de 3 ans chez lequel une insuffisance mitrale, par endocardite rhumatismale, constatée par Blache père, Roger et Trousseau, considérée par eux comme définitive, disparut au bout d'un an. La guérison se

(1) *Brit. med. Journ.*, 1890.

maintint et put être vérifiée 3 ans après. Roger croit la guérison possible pendant deux ans. Barthez et Sanné estiment qu'elle peut s'opérer après un an. On peut donc admettre que le délai de curabilité pour une endocardite rhumatismale court pendant au moins un an après le début.

Il ne peut s'agir dans le cours de cette période de revenir au traitement spécifique. L'état de l'endocarde est comparable à celui d'une jointure raide, alors que la fièvre et la fluxion rhumatismale ont depuis longtemps cédé.

Dans ces cas, on a recours à la *révulsion* sous forme de vésicatoires volants répétés régulièrement une ou deux fois par mois, la durée d'application étant chaque fois plus courte, ou bien on usera de pointes de feu.

A l'intérieur l'iodure de potassium continué tous les mois pendant 15 à 20 jours, avec 10 jours de suspension, à la dose de 0.25 à 0.50 gr. par jour, pris au commencement des deux repas, dans une tasse de lait.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE

Nature féminine !

Croire que la femme sent, aime, jouit, souffre, désire, pense comme l'homme est une erreur ; entre les deux natures masculine et féminine, il y a un abîme de différence qu'un instant d'analyse suffira à nous faire entrevoir.

***

Prenons, par exemple, l'amour, le grand, l'éternel amour, le sublime pivot de l'existence humaine, le mobile de toutes nos actions, et voyons combien il diffère chez l'homme et chez la femme.

L'homme aime la femme surtout pour l'acte sexuel, à moins qu'il ne l'aime pour les enfants qu'elle lui donnera.

Sans hésitation il prendra pour compagne de plaisir une femme quelconque, de situation tout à fait différente de la sienne. Il acceptera très volontiers de ne la prendre que pour quelques instants.

Il en sera tout autrement de la femme ; elle ne choisira que l'homme avec lequel elle aura plaisir à vivre longtemps ; ce n'est pas la possession passagère qui est son idéal, mais au contraire une longue cohabitation, une vie en commun prolongée.

Quand le besoin le presse, sans hésiter l'homme prendra la femme quelconque, pourvu qu'elle lui permette d'exécuter l'acte sexuel avec des garanties suffisantes de sécurité. La femme ne se résignera jamais à ce commerce éphémère.

C'est qu'en effet l'homme aime la femme surtout pour l'acte sexuel, tandis que la femme n'aime l'acte sexuel que pour l'homme.

Conséquemment l'homme est susceptible d'éprouver le plaisir sexuel avec n'importe quelle femme, même avec une inconnue qu'il ignorait 5 minutes avant, et qu'il ne reverra plus de son existence ; — la femme jamais ; elle se livrera peut-être à cet inconnu, mais elle n'éprouvera le plaisir qu'avec l'être aimé.

Il y a donc là encore une différence ; l'homme ne peut avoir de relation conjugale sans éprouver de jouissance, tandis que la femme peut rester parfaitement indifférente pendant tout l'acte sexuel.

Et, fait assez particulier, l'amour sans jouissance semble chez la femme à peu près aussi fécond que l'amour le plus voluptueux !

Quittons l'amour, et cherchons ailleurs les différences qui séparent les deux natures masculine et féminine.

***

Interrogeons les sens.

Ils sont au nombre de six :

Deux serviteurs de l'intelligence :
la vue,
l'ouïe ;

Deux serviteurs de la nutrition :
l'odorat,
le goût ;

Deux serviteurs de la conservation :
le tact (conservation personnelle),
le génital (conservation de la race).

Ce dernier appartient à l'amour dont il était question tout à l'heure ; laissons-le donc de côté pour ne nous occuper que des cinq autres.

A chaque sens se rapporte un art :

Ouïe : Musique, art musical ;
Vue : Peinture, art pictural ;
Goût : Cuisine, art culinaire ;
Odorat : Parfum, art de la parfumerie ;
Tact : Toilette, art de la toilette.

Or, la femme comprend-elle les arts de même que l'homme ?

Nullement.

L'art de la toilette est pour elle le dominant, tandis que pour l'homme il n'est que secondaire.

Le tact chez la femme est excessivement développé par rapport à l'homme : aussi, toutes les sensations cutanées seront-elles beaucoup plus vives chez la femme que chez l'homme.

La musique et la peinture sont les arts préférés par l'homme, tandis que le parfum et la toilette sont au contraire les favoris de la femme.

La femme adore les parfums, mais elle les aime surtout parce qu'elle connaît leur influence sur l'homme.

Il semble, en effet, que l'odorat soit le sens qui soit le plus apte à seconder le sens génital.

L'homme se laissera bien plus exciter par l'odorat que par l'ouïe, peut-être mieux que par la vue.

Aussi la femme qui veut conquérir l'homme commence-t-elle par s'enquérir de son parfum favori ; quand elle le connaît, elle est sûre de la victoire, l'homme ne saura plus lui résister.

Ce que la femme aime donc dans le sens et dans les arts qui en dépendent, ce sont tous les éléments qui lui permettent de conquérir l'homme et d'en faire son esclave.

Elle sait l'homme sexuel, et c'est par les sens qu'elle le tient ; elle demande donc aux sens les éléments de cette victoire.

Les sens sont pour elle le moyen de régner, tandis que l'homme ne leur demande que le moyen de jouir le plus possible dans l'existence.

Dominer par les sens, telle est donc la devise de la femme, tandis que jouir par les sens, telle est celle de l'homme.

***

Parmi ces divers arts, il en est un qui est resté essentiellement féminin : c'est celui du parfum.

La femme seule sait en jouir.

Et cependant, combien cet art est encore peu avancé.

L'idée suivante permettrait de lui donner une impulsion toute nouvelle.

Réunissez comme pour un spectacle un ensemble de personnes à l'odorat très développé et établissez sur elles un courant d'air très doux qui charrie successivement les parfums les plus suaves, d'abord isolés, puis combinés les uns aux autres.

On obtiendra ainsi un véritable *concert de parfums*, si le mot de concert peut s'appliquer à ce qui touche à l'odorat. Les *auditeurs* ou mieux les *odorateurs* auront ainsi été soumis pendant quelques instants à diverses combinaisons de parfums, qui auront pu impressionner plus ou moins agréablement leur sens de l'odorat.

Je ne désespère pas, par ce temps d'innovations de trouver bientôt cette idée réalisée, et je voudrais pour l'exposition de 1900 voir organiser ces *concerts de parfums*, qui deviendraient pour l'humanité une nouvelle source de jouissance, inconnue jusqu'à ce jour.

***

On accuse les femmes d'être sensuelles; mais si nous le sommes, n'est-ce pas pour plaire à l'homme ?

L'homme que le mariage nous livre est un être que nous devons conquérir.

Par nos toilettes, nous flattons sa vue ; par nos talents musicaux, nous charmons son oreille ; par des parfums discrets et habilement choisis, nous chatouillons son odorat ; par une alimentation habile, nous berçons son goût.

Par l'abandon d'abord naïf, puis progressivement et parfois inconsciemment étudié de notre corps, nous comblons ses aspirations génitales.

Dans ce bouquet de satisfactions que nous cherchons à lui procurer, et dont nous voulons le griser, il est naturel de placer les fleurs les plus capiteuses.

C'est à cette recherche que toute notre industrie féminine s'acharne ; c'est une terrible course d'obstacles, dans laquelle nous faisons des chutes fréquentes, mais où nous savons parfois remporter la victoire.

Oui, nous sommes sensuelles, et nous le serons toujours tant que la nature masculine ne changera pas. Toute accusation n'y pourra rien, nous voulons que l'homme soit notre esclave, tout en ayant l'air de commander, et nous le tiendrons dans cet esclavage par ses faiblesses ; or, la sensualité en est une, et voilà pourquoi nous resterons sensuelles, et voilà pourquoi la sensualité continuera à être la base de la nature féminine !

***

Que la nature féminine varie suivant le pays, aucun doute à cet égard.

Il est certain que la Française diffère de l'Anglaise, et l'Anglaise de l'Allemande.

Chaque femme a sa caractéristique.

Question de race, d'hérédité, de milieu, de vie, de latitude, et aussi question d'homme.

Soyons d'ailleurs heureux que toutes les femmes ne se ressemblent pas, car cette uniformité deviendrait terriblement insipide.

La civilisation qui arrive à tout niveler, à tout harmoniser, à tout identifier, travaille malheureusement à détruire ces différences, mais elle a encore beaucoup à faire pour aboutir à ce résultat, et nombreuses sont les années où la différence entre les femmes des divers pays persistera.

Comme par le passé le voyageur pourra continuer à comparer l'Anglaise, l'Allemande, la Française, en un mot, toutes les femmes du globe, et dire quelle est, à son avis, celle des femmes qui reste le plus femme et le plus digne de perpétuer l'humanité.

Pour l'instant, je n'ai aucun doute que la palme appartienne à la Française, et je souhaite que dans mille ans il en soit encore ainsi.

FORMULAIRE

Suppositoires vaginaux.

(LUTAUD.)

Huile d'eucalyptus..... 12 gr.
Cire blanche..... } àà 90 —
Beurre de cacao..... }

Pour quatre suppositoires vaginaux en forme de bougie.

On les emploiera contre la vaginite aiguë et le vaginisme.

La narcéine chez les enfants.

Depuis longtemps M. Laborde prescrit chez les enfants la narcéine dont les effets sont très supérieurs à ceux de la morphine. Elle procure le sommeil et diminue notablement les sécrétions bronchiques. M. Laborde en a obtenu de très bons effets dans la coqueluche surtout contre les quintes nocturnes. Comme analgésique la narcéine n'a pas la puissance de la morphine.

La codéine a quelquefois donné lieu à des accidents, tandis que la narcéine n'offre pas d'inconvénients.

M. Laborde recommande la narcéine en sirop.

Narcéine..... 0.25 cent.
Sirop de sucre..... 500 gr.

Acide acétique, quelques gouttes.

Si l'estomac ne tolère pas la narcéine, on peut l'administrer par l'intestin, surtout en suppositoires.

Traitement du lupus vulvaire.

(BŒCH.)

Huile d'olive..... }
Colophane..... } àà 8 gr.
Cire jaune..... }

Gomme ammoniaque..... }
Thérébentine de Venise.... } àà 1 gr.
Acide pyrogallique..... 4 gr.

Pour un emplâtre.

Traitement du catarrhe de la vessie.

Dans le catarrhe de la vessie, les affections douloureuses de la portion postérieure de l'urèthre, les inflammations de la prostate et des épididymes, Scharff conseille de remplacer les suppositoires calmants par de petits lavements composés des substances suivantes :

1° Chlorhydrate de morphine..... 0 gr. 30
Sulfate d'atropine..... 0 gr. 01
Eau distillée..... 100 gr.
2° Extrait thébaïque..... 1 gr. 50
Extrait de belladone.... 0 gr. 50
Eau distillée..... 100 gr.

On injecte dans le rectum 5 grammes d'une de ces solutions à la fois, leur action se manifeste au bout de 10 à 15 minutes. Dans les cas où il y a de la fièvre, l'auteur injecte encore dans le rectum, 3 fois par jour, 5 grammes de solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..... 1 gr.
Antipyrine..... } àà 10 gr.
Salicylate de soude..... }
Eau distillée..... 100 gr.

5 grammes pour un lavement.

Sirop toni-vermifuge.

Quinquina jaune concassé..... 300 grammes.
Mousse de Corse..... 600 —
Coraline blanche..... 150 —
Feuilles de noyer contusées..... 500 —

Faire bouillir pendant une heure, passez et obtenez 4000 grammes de décoction que vous versez sur :

Fleurs d'arnica..... 150 grammes.
Semen contra..... 100 —

Zestes frais de 5 oranges coupés menu.

Après une heure d'infusion, passez et faites un sirop avec 7 kilogrammes de sucre.

Dose : une cuillerée matin et soir aux enfants.

Poudre d'iodoforme pour pansement des ulcères utérins.

Iodoforme passé au tamis.. }
Poudre de quinquina..... }
Poudre de benjoin..... } Parties égales.
Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus..... }

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, PEPSINE et DIASTASE.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Falières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

GYNÉCOLOGIE

SUR UN CAS DE COLITE MUCO-MEMBRANEUSE CHEZ LA FEMME,

Par M. le Docteur Reboud.

Une observation journalière de plus de cinq années d'une personne de notre famille nous a permis d'assister nombre de fois à l'évolution de crises plus ou moins pénibles de cette tenace et bizarre affection, chose rare dans la pratique même hospitalière. Nous avons cru utile de vous en parler.

Voici l'histoire clinique de notre malade :

« Comme jeune fille, Mlle X. a souffert des dents et de rhumes de cerveau pénibles. Vers 18 ans elle a commencé à avoir des constipations intermittentes ; selles globuleuses réunies par du blanc d'œuf ; hémorrhoïdes : vie sédentaire, jamais de lavements. Elle a été réglée tard, mais très régulièrement ; peu de sommeil, mais jamais de migraine.

« Quelques semaines après son mariage, à la suite d'une fausse-couche probable, elle eut des accidents inflammatoires du côté de l'utérus et des annexes, surtout à droite ; accidents qui la retinrent longtemps au lit et pour lesquels elle reçut les soins de M. Polaillon.

« De cette époque (commencement de 1887) à la fin de décembre 1892, la constipation et les phénomènes abdominaux sont plus prononcés. — Selles spontanées, rares, dures, souvent décolorées, argileuses ; fausses membranes plus fréquentes et plus larges. — Ballonnement et dureté du ventre, crises de coliques très douloureuses, surtout dans la fosse iliaque droite ; troubles gastriques accentués, appétit bizarre, sensation de plénitude après deux cuillerées de potage ; envies de vomir, suffocations en marchant, grande lassitude, état syncopal, pas de migraines, jamais de diarrhée.

« Au milieu de décembre 1892 (le 17), à la suite d'un verre d'Hunyadi Janos survient une hyperpurgation qui attire l'attention du côté des selles manifestement purulentes : un abcès des annexes (côté droit) venait de s'ouvrir dans le rectum, et le rétrécissement sur l'intestin ne se fit pas longtemps attendre.

« Le 19, après une nuit mauvaise, migraine, coliques ; vomissements dans l'après-midi. Cet état reste stationnaire jusqu'au 26 : ventre absolument indolore, même au toucher, ballonné, silencieux, facies abdominal, de 1 à 2 vomissements glaireux par jour. La malade est vue par un confrère et le traitement de la péritonite est institué. Pas de selles.

« Le 26 et le 27, l'état s'aggrave, le péritonisme augmente et le facies abdominal est plus prononcé ; état nauséeux continu et vo-

missements, hoquet. Le ventre est toujours indolore, absolument silencieux, ni borborygmes, ni gaz. La malade est inquiète, pas de sommeil. Le tableau, en un mot, de l'étranglement interne avec l'intelligence intacte. Température, 38 à 38,5. Pouls entre 110 et 130. Pas de selles. Traitement des symptômes.

« Le 28, la malade est très bas, les traits sont grippés, la face horriblement altérée : 15 vomissements dans la journée, dont les derniers à odeur fécaloïde, hoquet persistant ; le pouls faiblit ; 150 à 160 pulsations filiformes.

« Le 29, calme relatif, 3 vomissements, hoquet. Le 30, même état : à la suite de lavements divers et surtout d'un lavement électrique, la malade a une selle énorme de matières anciennes, décolorées, argileuses. Même selle les deux jours suivants, nullement en rapport avec ce que prend la malade, qui, depuis 15 jours, n'absorbe que quelques cuillerées de liquide. Le mieux s'accentue et un peu de sommeil normal revient.

« Suivent alors, du côté de l'intestin, les phénomènes dysentériformes qui accompagnent son dépouillement ; selles très variables, scybales ou matières anciennes ; glaires foncées très adhérentes au vase, râclures de chair ; fausses membranes diverses ressemblant tantôt à des pelures d'oignons fines et abondantes, tantôt à des feuilles de chicorée incomplètement digérées, tantôt enfin la fausse membrane blanche épaisse d'une longueur de 10 à 30 centimètres. L'estomac est démonté, l'appétit nul, la malade, très amaigrie, semble relever d'une maladie grave.

« En 1893, deux nouvelles crises moins aiguës, mais aussi longues et pénibles ; la première en février et mars : 15 vomissements en 7 jours, de 1 à 5 par jour ; la deuxième en novembre : 21 vomissements en 8 jours, de 1 à 6 par jour, même phénomènes du côté de l'intestin. Après chaque crise, la malade, qui ne s'alimente pas, est très affaiblie.

« En janvier 1898, nouvel examen de MM. Polaillon et Perrier. La cicatrice de l'abcès est encore sensible : l'utérus sain, mais en rétroflexion et dévie à droite ; les époques sont normales et très régulières. Les principales lésions sont du côté du rectum. M. Audhoui, consulté, donne un traitement. — Première crise très aiguë en avril ; 24 vomissements en 5 jours, de 1 à 13 par jour, et une deuxième en juin : 16 vomissements en 3 jours, de 2 à 9 par jour. Ces crises finissent toujours par une salivation abondante.

« Notre malade qui, en juillet 1898, a fait une saison à Luxeuil (bains prolongés), va à Plombières en 1894, où son traitement est donné par le Docteur Malibran (Douches ascendantes, bains, douches écossaises) ; il faut noter qu'après cette saison les vomissements n'ont plus reparu. Elle y retourne en 1895 et 1896, et fait, en 1897, une saison à Vichy, les deux dernières de Plombières n'ayant pas amené d'amélioration. »

Il ne faut pas croire qu'entre ces états aigus, la santé soit par-

faite. Nous n'avons parlé que de ceux suivis de vomissements, parce qu'ils étaient les plus pénibles ; mais combien de poussées plus ou moins longues, ressemblant de très près aux grandes crises, sont venues troubler les convalescences ! Combien d'états gastriques douloureux, de migraines subites, de nuits sans sommeil, à retrancher des jours de santé relative ! !

Depuis cette époque les phénomènes intestinaux sont allés en décroissant, les périodes de calme ont augmenté de nombre et de durée, mais la colite muco-membraneuse est toujours là, avec sa constipation opiniâtre, ses douleurs multiples et sa dyspepsie intermittente qui font de cette affection aux complications multiples, une maladie capable d'empoisonner une existence.

Pour compléter ce tableau et donner une idée des crises moyennes, les plus fréquentes, nous devons entrer dans quelques détails sur les symptômes et signes observés pendant leur cours.

Au milieu d'un calme qui permet de vivre comme tout le monde, l'appétit diminue, les digestions sont plus pénibles, les selles moins faciles et moins abondantes, malgré les lavements et les laxatifs habituels ; puis, à un moment de la journée, la céphalalgie arrive (pas encore la migraine), sensation de chaleur à la face, visage vultueux, pommettes rouges pendant une heure ou deux. Le soir ou le lendemain, après une nuit agitée, la vraie migraine, avec son point douloureux habituel (le globe oculaire droit et le nerf sus-orbitaire), est installée, suivie de son cortège de nausées et de palpitations.

C'est à ce moment que se montrent les symptômes les plus pénibles, les phénomènes d'étranglement (obstruction ou contracture).

Depuis le début, le ventre est silencieux, avec ou sans coliques, généralement peu, pas de gaz. La douleur se manifeste surtout du côté du creux épigastrique et du côlon transverse, avec une correspondance fréquente dans le dos, sur le rachis, au niveau des pointes des omoplates. La malade, qui ne peut être que couchée, est prostrée, anxieuse, la face pâle, amaigrie, le nez froid, ainsi que les extrémités ; elle éprouve une faiblesse extrême, spéciale, une sensation d'anéantissement, un état syncopal, qu'augmentent encore d'atroces envies de vomir. Le pouls est à 120 ou 150, petit, dépressible ; tout l'être immobilisé dans une attitude d'attente et de terreur.

Fréquemment alors surviennent les tremblements que rien ne fait prévoir. Brusquement le corps entier est agité de secousses cloniques, les genoux s'entrechoquent, les dents claquent ; pas de sensation de froid. Ces phénomènes sont toujours de courte durée et marquent l'apogée de la crise.

En même temps ou un peu avant les tremblements, se manifeste la douleur du vertex, qui n'a pas été, que nous sachions, signalée par les auteurs qui ont écrit sur la matière et qui, chez notre ma-

lade au moins, a une certaine importance symptomatique. (Peut-être est-ce de cette douleur dont parle Malibran dans les symptômes de neurasthénie : douleur constrictive, cas que de plomb qui enserrerait la tête ; nous verrons bientôt qu'elle est, ici, liée à un fait matériel.)

Puis tout à coup survient soit un craquement douloureux dans l'abdomen, soit un borborygme généralement au niveau du côlon transverse : c'est le commencement de la détente ; le ventre qui jusqu'alors, était resté silencieux, s'agite, les gaz reviennent, la douleur du sommet de la tête est diminuée, et le lendemain arrive la débâcle de matières anciennes, de glaires sanguinolentes, de peaux souvent énormes. Une selle de bile pure termine ce dépouillement intestinal et tout rentre dans un ordre apparent pour recommencer plus tard.

L'estomac n'est pas sans recevoir le contre-coup et l'appétit met plusieurs jours à revenir : le premier repas substantiel est suivi d'un hoquet pénible.

Mais revenons à la douleur du ventre. C'est à partir de la crise d'avril 1894 que cette migraine particulière et bien distincte de l'autre est venue grever encore l'impôt de douleur si chargé déjà. Depuis cette époque et en tout temps, « sensation de poids lourd sur le sommet de la tête et sensation de froid », puis, pendant la crise la malade sent « sa tête comme creusée en entonnoir au fond duquel on fouille avec un corps dur, une vrille, une bêche ». Cette douleur aiguë peut durer toute une journée avec des exacerbations parfois cruelles. C'est le signe précurseur de l'expulsion de glaires quelquefois, de fausses membranes plus souvent, pour le lendemain ; c'est comme le retentissement douloureux de la contracture intestinale destinée à chasser ces produits morbides.

Selles. — Peu de choses à dire des selles au moment des débâcles. En dehors des vieilles matières dont l'aspect est bien connu, trois caractères permettent d'assurer le diagnostic :

Les *glaires*, quand elles sont mêlées aux matières, leur donnent, avec la mousse qui les accompagne, l'aspect dysentérique ; d'autres fois elles suivent une selle et sont expulsées seules ; elles s'étalent alors largement dans la bassine dont une seule peut couvrir le fond, ayant au centre, comme une muqueuse transparente, arborescente, tachée de sang dans les grandes poussées.

Les *muco-membranes* apparaissent après ou sans les glaires dans les 10 ou 15 jours de la crise (sont annoncées chez notre malade par la douleur au vertex). De teinte blanchâtre, certaines, les anciennes, ressemblent à des morceaux d'aponévrose longtemps macérés. Leur longueur est très variable : nous en avons vu qui mesuraient 60 centimètres ; on comprend que de pareils rubans mettent quelques jours à cheminer dans l'intestin.

Les *râclures de chair* sont moins fréquentes. Nous appelons ainsi des selles composées de matières couleur tan, que l'on peut com-

parer soit à de la viande crue, soit à des morceaux d'amadou. L'expulsion en est toujours douloureuse et précédée de coliques violentes.

Moins souvent on aperçoit de petits noyaux jaunâtres ayant l'apparence de blanc d'œuf cuit dur et incomplètement digéré et qui, facilement écrasés sous le doigt, paraissent formés de petits grumeaux. D'autres fois enfin, au fond du vase, est un dépôt de poudre noire semblable à du marc de café. Nous avons même plusieurs fois observé de petites membranes brunâtres, cartilagineuses, que les liquides n'imbibaient pas, de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 centimes à 2 francs, et qui, à un faible grossissement, avaient la structure d'une muqueuse momifiée.

La « *pathogénie* » de cette affection n'est pas encore bien établie, et trois théories principales se disputent l'honneur d'expliquer ses méfaits:

La *théorie nerveuse* (atonie gastro-intestinale, entéroptose) paraît jusqu'ici plus commode pour le médecin que pratique pour le malade, car elle n'a pas donné de traitement bien spécial. Sa clef de voûte est la neurasthénie, cette affection proteiforme qui prête son nom à toutes les maladies qui n'en ont pas.

L'atonie intestinale aurait pour origine une névrose centrale ou périphérique diminuant la sensibilité et la contractilité du gros intestin, d'où la constipation et la modification des sécrétions intestinales.

La *théorie microbienne* explique ces deux phénomènes par l'infection du gros intestin, que cette infection vienne du voisinage (utérus et ses annexes, péritoine) ou de l'intestin lui-même dont bien des causes peuvent changer la vie normale des infiniment petits qui le peuplent. Toutes les causes mécaniques (brides, tumeurs, rétroversions utérines, ectopies diverses) qui favorisent la constipation, viennent en aggraver les conséquences.

La troisième, que l'on peut appeler *théorie dyspeptique*, veut que ces troubles intestinaux soient dus, soit à un mauvais fonctionnement du chimisme stomacal (hyperchlorhydrie), soit à une sécrétion exagérée de mucine par l'intestin (dyspepsie mucino-albumineuse).

Nous n'hésitons pas à accepter la théorie microbienne pour le cas qui nous occupe, car si la malade a eu de la constipation membraneuse avant ses accidents utérins, ce n'est que pendant et surtout après l'ouverture de l'abcès dans l'intestin que la lésion intestinale a pris cette marche aiguë dont elle a eu tant à souffrir. L'affection utérine continue son influence néfaste, car c'est au moment des époques que les poussées sont plus fréquentes : c'est d'ailleurs l'opinion de plusieurs auteurs (Mathieu, Lyon, Letcheff, Dalihé).

Nous sommes convaincus que la plupart des symptômes dits nerveux (migraines, douleur du vertex, paralysie des vasomo-

teurs) sont sous la dépendance de résorption de toxines (la migraine n'est survenue que quelques semaines avant l'ouverture de l'abcès), parce que le gros intestin étant vide et au repos, la malade va bien, parce que les purgatifs et les lavements soulagent toujours les symptômes douloureux de la tête, de l'estomac et de l'intestin. Combien de fois, une migraine atroce a-t-elle été soulagée par un abondant lavage, pour disparaître peu après ! Parce que c'est au moment du détachement des matières mettant en liberté des liquides chargés de toxines que s'observe cet anéantissement, cet état syncopal qui est un des signes bien particuliers de l'empoisonnement intestinal.

Nous terminons par quelques considérations sur le *traitement*.

Les premiers efforts doivent être dirigés contre la *constipation*, ce qui n'est pas déjà chose si simple : sait-on jamais si un intestin est vide ? Après bien des essais, nous sommes restés fidèles à l'huile de ricin à très petite dose, une fois par semaine ; plus un verre de purgatif salin (Hunyadi-Janos) toutes les 3 ou 4 semaines et des lavements journaliers avec une canule en caoutchouc rouge de 0 : 40 centimètres : lavements généralement simples. Il ne faut pas oublier que notre malade a, outre sa lésion intestinale, de la rétroversion maintenue par une cicatrice, ce qui augmente la constipation.

Nous n'avons qu'une confiance limitée dans les *antiseptiques intestinaux*, si vantés pourtant, bien que nous n'ayons pas d'accidents à leur reprocher : nous avons proscrit tous les naphtols. Pour nous, la meilleure antisepsie intestinale est encore celle obtenue par les purgatifs et les lavements.

On parle beaucoup, depuis quelque temps, de l'*Entérolyse*, et les résultats que l'on cite sont merveilleux. Nous avouons humblement que, malgré tous nos efforts, nous n'avons jamais pu, sans irrigateur à pression, introduire dans l'intestin une notable quantité d'eau, tout en suivant exactement les conseils des auteurs. Nous sommes donc bien en retard sur ceux de nos confrères qui vous rincent le gros intestin par la bouche. Ne cherchant qu'à nous instruire nous réclamons un supplément d'enquête.

La question du *Régime* est également bien embarrassante pour le praticien. Les uns veulent que l'intestin ne reçoive que des aliments en purée et de digestion facile (œufs, féculents, viandes blanches) ; d'autres conseillent l'alimentation végétale même un peu grossière, pour augmenter le résidu et stimuler l'intestin (pain de son, légumes verts). Un régime sévère ne peut être imposé que quelques semaines ; il en est autrement lorsqu'il s'agit d'années. Dans ce dernier cas, le médecin et le malade font ce qu'ils peuvent, car au milieu de ces troubles dyspeptiques sans cesse renaissants, la première question est de s'alimenter lorsque l'urée ne dépasse pas 7 à 10 gr. en 24 heures.

Le *lait* cru est mal supporté ; deux tasses à café occasionnent des borborygmes douloureux et persistants.

Les *douches ascendantes*, si en honneur à Plombières, ne nous paraissent pas d'une utilité incontestable. Elles amènent, quand elles sont bien administrées, une irritation douloureuse de l'intestin qui persiste pendant plusieurs semaines après la cessation du traitement et fatigue beaucoup la malade.

D'autre part, dans beaucoup de stations thermales, l'installation de ces douches est assez mal organisée : la graduation du jet est difficile et surtout le personnel par trop ignorant ; car les explications que donne le médecin dans son cabinet sont insuffisantes pour apprendre au malade à se doucher tout seul. Combien sortent désespérés de leur cabine et finissent par abandonner le traitement ! Pourquoi ces irrigations ne se prendraient-elles pas couché : ce serait l'entéroclyse avec de l'eau minérale.

Les *alcalins* avaient toujours donné de bons résultats contre les troubles dyspeptiques ; aussi une saison de Vichy a-t-elle permis à la malade de bien s'alimenter pendant un mois et l'urée est remontée pendant cette période à 18 ou 20 dans les 24 heures.

Le *massage* utérin a été essayé il y a 3 ans, mais n'a pu être supporté.

Nous nous sommes toujours très bien trouvé du *chloralose* pour combattre l'insomnie si fréquente dans cette affection.

TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS DES ORGANES GÉNITAUX PAR LA RÉSORCINE.

D'après l'expérience de M. le docteur A. G. Silbermintz (de Poltava), la résorcine serait le moyen le plus efficace que l'on ait préconisé jusqu'à ce jour contre les excroissances papillomateuses si fréquentes sur les organes génitaux de la femme.

Voici comment il convient de l'employer :

S'agit-il de végétations isolées et pédiculées, entourées de peau normale, on étale sur chaque papillome de la résorcine pure au moyen d'un pinceau humecté d'eau et on recouvre d'une petite compresse de tarlatane. On répète ces applications chaque jour jusqu'à ce que la végétation se dessèche et tombe.

Dans les cas de végétations multiples étendues et sessiles, siégeant sur le prépuce, le gland, dans le sillon balano-préputial, dans le pli inguinal, au pourtour de l'anus ou à la vulve, notre confrère badigeonne les parties atteintes avec le collodion ci-dessous formulé :

Collodion riciné.....	80 grammes.
Résorcine.....	20 —

Mêlez. — Usage externe.

Avant d'appliquer ce mélange, on lave les végétations avec la liqueur d'Hoffmann pour en enlever l'humidité qui empêche le collo-

dion d'adhérer. On badigeonne non seulement les papillomes eux-mêmes, mais aussi les tissus sains environnants sur une étendue d'un demi-centimètre.

Dès le premier badigeonnage, les végétations se ratatinent, prennent une coloration grisâtre et leur couche superficielle se détache en même temps que la pellicule de collodion. Deux ou trois applications de collodion résorciné suffisent pour faire tomber les excroissances ; on se trouve alors en présence d'une excoriation criblée de petites empreintes laissées par les racines des papillomes, laquelle se cicatrise rapidement sous l'influence des poudres légèrement astringentes.

Contre les végétations localisées à des régions où la peau est plus sèche, comme le scrotum et la surface externe des grandes lèvres, et qui sont elles-mêmes calleuses. M. Silbermintz se sert d'un collodion contenant 50 p. 100 de résorcine.

Enfin, quand il a affaire à des végétations au début de leur développement et encore à peine apparentes, notre confrère fait appliquer des compresses imbibées d'une solution de résorcine à 2 p. 100, ce qui a pour effet de supprimer en deux ou trois jours toutes les excroissances et inégalités cutanées.

Dans tous les cas, outre les applications de résorcine, on prescrira des bains locaux boriqués, et on fera isoler les surfaces atteintes au moyen de petites compresses de tarlatane. (*Semaine méd.*)

MENSTRUATION, OVULATION, FÉCONDATION

On croit que tout a été dit sur ces questions et cependant beaucoup de points sont encore obscurs et laissent, surtout au point de vue clinique, une marge énorme à l'alea.

On nous dit généralement dans les ouvrages classiques :

La menstruation et l'ovulation sont suspendues pendant la grossesse et pendant la lactation.

La conception n'a pas lieu chez la femme qui n'est pas réglée.

Ces deux aphorismes ne sauraient cependant être pris à la lettre.

Dans une note fort intéressante qu'il a communiquée au « Journal des Praticiens » M. Demelin apporte quelques observations nouvelles qu'il importe de méditer.

Il tend à établir que l'ovulation continue pendant la grossesse et que la fonction ovarienne n'est nullement supprimée chez les femmes qui ne sont pas réglées.

Témoin les femmes qui accouchent d'enfants après un simple intervalle, neuf et dix mois.

Voici comment s'exprime M. Demelin :

« S'il est aisé de savoir ce que devient la menstruation pendant la période puerpérale, l'ovulation est moins facile à étudier. Pour Schülein, pendant la grossesse l'ovaire reste inerte ; Scanzoni, Meigs, Slavjanski soutiennent au contraire que l'ovulation, continue : Cuzzi et Berti admettaient qu'il pouvait y avoir un commencement de maturation des follicules de de Graaf. Négri et Drona, Bajardi croyaient possible la déhiscence du follicule ; et Palladino a soutenu que, pendant la grossesse, la fonction ovarienne continuait. Récemment (janvier 1897). Cosentino pense avoir pris sur le fait l'ovulation pendant la grossesse : Une femme de 34 ans cardiaque, meurt subitement au sixième mois de sa grossesse. L'ovaire droit sectionné transversalement présentait dans la substance corticale trois cavités kystiques, avec un corps jaune, récent à la partie antérieure. Une préparation microscopique montre un follicule de de Graaf, éclaté, pris sur le fait même, de forme circulaire, à bords frangés, pourvus d'une riche réseau de vaiseaux artériels et veineux entourant l'enveloppe et un ovule mûr avec tous ses éléments dans une masse de substance moléculaire, déposée entre la membrane granuleuse et la paroi du follicule. L'ovaire gauche portrait un corps jaune plus ancien que celui du côté droit.

Or, de ces deux corps jaunes, l'un appartenait bien certainement au follicule dont l'ovule avait été fécondé, et l'autre à un follicule qui avait acquis un certain degré de maturité pendant le cours de la grossesse.

Ainsi serait confirmée l'opinion de ceux qui croient à la superfétation. Pour qu'elle puisse se faire, il faut tout naturellement que le spermatozoïde trouve un chemin ouvert entre la paroi utérine et l'œuf fécondé qui en occupe déjà la cavité. Cette voie inter-utéro-ovulaire peut à la rigueur rester perméable pendant les trois premiers mois de la grossesse, alors que les deux caduques ovulaire et pariétale sont encore indépendantes l'une de l'autre et que leur soudure n'est pas réalisée. Après le troisième mois, la superfétation ne serait plus possible, ce qui n'empêcherait pas l'ovulation de continuer.

Après l'accouchement, les constatations cliniques redeviennent plus faciles. Et il est certain que la fonction ovarienne reprend vite son cours, si tant est qu'elle l'ait jamais suspendu. Il n'est pas très rare de rencontrer des femmes qui accouchent dix mois après leur précédent accouchement. On raconte même que certaines femmes ont été fécondées, le jour même de leur délivrance, où à peine quelques jours après, preuve que l'ovulation se faisait pendant les premiers jours des suites de couches.

L'ovulation et la menstruation se passent d'habitude simultanément et parallèlement, et avec le retour de couches, il est logique de comprendre une ponte ovulaire. Mais la ponte peut certainement avoir lieu sans écoulement menstruel : Cosrentino, nous l'avons vu, en donne la démonstration anatomique ; la clinique avait depuis longtemps parlé dans le même sens. Combien, en effet, de femmes qui deviennent enceintes pendant qu'elles allaitent, c'est-à-dire à une époque où elle ne se sont pas réglées ? Malaisé est alors le diagnostic de l'âge de la grossesse dont l'existence même cause souvent bien des surprises ; d'autant mieux, que si la femme qui est à la fois nourrice et enceinte est d'une bonne santé, elle peut continuer à allaiter son nourrisson, sans inconvénient aucun, pour celui-ci, pas plus que pour elle-même.

En résumé, une nourrice même non réglée peut redevenir enceinte, et une nouvelle fécondation peut avoir lieu chez une accouchée avant le retour de couches.

Menstruation n'est donc pas synonyme de fécondité, quoique pour beaucoup d'auteurs, la période menstruelle, avec les jours qui la précèdent où qui la suivent immédiatement, soit éminemment favorable à la fusion de l'ovule avec le spermatozoïde. »

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'UTÉRUS HUMAIN

M. Keiffer (de Bruxelles) a fait des recherches sur le système circulatoire de l'utérus humain. Elles ont pu aboutir grâce au procédé technique des injections artérielles de gélatine carminée.

Chez les petits mammifères, ces injections doivent se faire par la voie aortique pour donner de bons résultats. Chez la femme, des essais, faits directement dans les artères utérines et utéro-ovariques, le jour même où l'organe a été enlevé au cours d'une opération, ont pleinement réussi. Les plus petits vaisseaux deviennent appréciables au microscope et peuvent être photographiés. Il suffit pour cela de durcir l'organe après l'injection dans la formaline à 10 pour 100, de couper au rasoir, à main levée, de fines lamelles de tissu utérin dans des sens différents, et de les rendre transparentes par le passage dans les alcools titrés et les essences.

L'étude de ces coupes nous montre bientôt que le système circulatoire de l'utérus, si simple chez les petits mammifères, les rongeurs, les carnassiers, les ruminants, devient, chez la femme, par suite de la fusion des cornes utérines, d'une extrême complexité. Il faut de longues recherches pour ramener le cycle ar-

tériel et veineux à un schéma descriptif simple de l'anse vasculaire totale.

Ce qui importe, ce n'est pas la forme de l'anse, ni sa complexité, mais sa structure anatomique en ses différents points.

Elle débute par les grosses artères qui cheminent un certain temps dans le tissu conjonctif relativement lâche. Bientôt, ce tissu conjonctif disparaît et les artères contractent avec les fibres musculaires lisses de l'utérus une union si intime qu'elles font corps avec lui. Leurs parois ne font qu'un avec l'organe. C'est, en quelque sorte, l'utérus lui-même qui donne aux canaux artériels une tunique vasculaire propre. Cependant, il est toujours possible, jusqu'aux plus fines ramifications artérielles, de leur reconnaître les caractères suivants :

1° Une coupe transversale sensiblement cylindrique ;

2° Une disposition générale ondulée ou hélicoïdale ;

3° Une paroi constituée d'un endothélium et d'une ou deux couches musculaires que l'on peut différencier du tissu ambiant.

Au niveau des fines ramifications artérielles, l'anse vasculaire se continue, non pas comme dans les autres systèmes anatomiques, par un réseau de fins capillaires semblables entre eux comme forme et calibre, mais comme un système de fentes, de fissures très inégales, très variables d'aspect qui n'ont pas de structure propre, mais qui s'adaptent à toutes les directions, formes, mouvements et complexités structurales des faisceaux de fibres lisses. A de fines artérioles, on voit succéder des fentes parfois capillaires, parfois épaisses, mais dont l'absence de tuniques propres, sauf l'endothélium, et l'irrégularité de forme, indiquent la nature veineuse. Toutes ces fentes aboutissent peu à peu à des troncs veineux de plus en plus puissants qui possèdent, eux aussi, une paroi, mais relativement mince, comparée à celle des artères et dont la coupe n'est jamais cylindrique ; elle est triangulaire, quadrangulaire, en général aplatie dans différents sens par les faisceaux musculaires voisins.

Ce système n'a de ressemblance avec aucun système vasculaire du corps humain, sauf peut-être avec celui du tissu caverneux sous-muqueux de la prostate.

Ce mode de structure a pour conséquence physiologique de créer, entre le muscle utérin et le système nerveux vaso-moteur, une connexion tellement intime qu'il n'est aucune réaction vasomotrice qui ne se produise immédiatement par des actes musculaires de l'utérus.

De là, vraisemblablement, la sensibilité réactionnelle de l'organe à toutes les excitations qui atteignent le système sympathi-

que, le système nerveux hypogastrique et même le pneumogastrique dont l'action indirecte sur la circulation n'est plus à démontrer. Cette technique des injections artérielles m'a fourni aussi d'autres données sur la physiologie de l'utérus humain.

J'ai remarqué que chaque fois que j'injectais à chaud les deux artères principales de l'utérus, l'injection colorait admirablement tout l'organe suivant sa richesse en vaisseaux, sauf la muqueuse tubaire et utérine. En d'autres termes, presque toute la cavité utérine reste non colorée ; la muqueuse et même une partie du tissu sous-muqueux a échappé à l'injection.

S'agit-il d'un défaut de technique ? La pression n'est-elle pas suffisante pour faire pénétrer l'injection jusque dans la muqueuse ? Non, car même les capillaires ténus des fibro-myomes sont injectés.

Il faut aussi injecter les artères utéro-ovariques principales pour atteindre la muqueuse tubaire et utérine. Ce fait ne nous donne-t-il pas l'explication des troubles qui surviennent dans la menstruation, dans les maladies des annexes, dans les lésions ligamentaires qui intéressent les artères utéro-ovariques. Cette sorte de spécificité muqueuse de ces artères nous explique très simplement pourquoi les femmes n'ont plus leurs règles après l'ovaro-salpingectomie double. L'acte opératoire a lié ces vaisseaux.

Et pourquoi les femmes conservent-elles souvent leurs règles après la castration ovarienne double ? Il s'agit tout simplement du plus ou moins d'anastomoses entre les deux systèmes artériels, utérin et ovaro-utérin, dans l'épaisseur du ligament large et du point où a porté la ligature opératoire sur ce ligament large.

OBSTÉTRIQUE

TRAITEMENT DES CREVASSES DU MAMELON PAR L'ORTHOFORME,

Par MM. Ch. Maygrier et R. Blondel.

Il existe peu d'affections contre lesquelles il ait été proposé autant de remèdes de toute sorte que contre les crevasses du sein : cette richesse apparente est ici, comme toujours, la preuve de notre indigence en médication réellement efficace. Il nous paraît inutile, d'autre part, de faire remarquer combien il serait regrettable de mépriser cette petite lésion qui, si elle est passagère et

en général bénigne, n'en est pas moins des plus douloureuses et constitue la porte d'entrée ordinaire à l'infection de la glande mammaire, infection dont nous n'avons pas à faire ressortir les inconvénients sérieux pour la mère et les dangers pour l'enfant. Que ce soit par la douleur amenant la répugnance insurmontable de la nourrice pour la prise du sein par le nourrisson, que ce soit par l'infection de la glande, c'est, de toutes façons, l'allaitement maternel compromis, résultat que nous devons chercher à éviter par tous les moyens. Or, dans la clientèle de ville, notamment, nombreuses sont les mères qui ont renoncé à allaiter elles-mêmes leur enfant, uniquement parce que des crevasses sont survenues et qu'elles n'ont pas eu le courage d'affronter la douleur exaspérante de la prise du sein, ou même parce que de la lymphangite ou des abcès se sont déclarés à la suite de ces crevasses.

Pansement antiseptique, pansement humide, pansement sec, pansement astringent, vernis cicatrisants, anesthésiques locaux, tout a été essayé, avec des résultats variables : teinture de benjoin, tannin, collodion, alcool, permanganate de potasse, cocaïne, etc., rien ne s'est montré définitivement et constamment efficace. Ajoutons, d'ailleurs, que rien n'est variable comme les conditions dans lesquelles le traitement est habituellement entrepris, les crevasses étant plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes, plus ou moins infectées dans chaque cas mis en traitement.

Dans la pratique, jusqu'ici, c'est le pansement à l'alcool, tel que l'emploie M. Budin, qui nous a donné les meilleurs résultats, mais les phénomènes douloureux n'en subsistaient pas moins, et nous avons vu qu'ils ont une réelle importance. La cocaïne, préconisée par A. Hergott (1), à ce point de vue spécial, n'a pas donné tout ce qu'on en attendait ; même en recommandant de laver le mamelon cocaïné avant de le présenter à l'enfant, elle n'en reste pas moins un poison dangereux pour celui-ci, mis par conséquent à la merci d'une négligence. De plus, elle n'est pas sans action sur la physiologie de la sécrétion lactée. Plusieurs praticiens, dont Guénel, de Nantes (2), qui a publié une observation instructive à ce sujet, ont constaté que l'emploi de la cocaïne diminuait et même arrêtait complètement cette sécrétion. L'un de nous l'a employée deux fois en ville, systématiquement, pour supprimer l'allaitement à l'époque choisie pour le sevrage, et avec succès. Ce résultat n'est pas très surprenant si l'on songe

(1) A. Hergott. — *Annales de Gyn.* février 1885, t. XXIII, p. 81.
(2) Guénel. — *Société médicale de Nantes*, 23 janvier 1893.

au rôle que joue l'excitation des papilles du mamelon dans le travail de la glande : supprimer son excitabilité par un anesthésique, c'est, il semble, fermer la porte au réflexe trophique essentiel.

C'est dans ces conditions que nous avons songé à essayer l'emploi de l'orthoforme, qui a déjà fait ses preuves comme anesthésique local sur les excoriations cutanées ou muqueuses entre les mains de Klaussner, Hirschruch, Ginestous, Kallemberger, Neumayer, Yonge, etc.

Sans nous attarder sur l'histoire chimique de l'orthoforme, qui a été faite par tous les auteurs précités, nous rappellerons que c'est l'éther méthylique de l'acide para-amido-méta-oxy-benzoïque, produit synthétique appartenant à la même famille chimique que la cocaïne, l'ecgonine et les diverses eucaïnes décrites depuis quelque temps. Einhorn et Heinz (1), qui l'ont découvert, ont cherché, par des substitutions de groupes moléculaires nouveaux dans la formule de constitution de la cocaïne, à conserver et même à exalter son pouvoir anesthésique, en diminuant son pouvoir toxique. L'orthoforme est une poudre cristalline, d'un blanc jaunâtre, insipide et inodore, faiblement et lentement soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et surtout l'éther. Sa toxicité est nulle. Einhorn a pu appliquer en une semaine 50 grammes d'orthoforme sur un large ulcère de la jambe sans provoquer aucun phénomène d'intoxication. Plus récemment Soulier et Guinard (2), de Lyon, ont étudié, d'une façon plus précise la toxicité de l'orthoforme et l'ont trouvée égale à 1 gramme par kilogr. du poids du corps, chez le chien, pour l'administration par la voie stomacale, à 0 gr. 02 par kilogr. chez le lapin, pour la voie intra-veineuse. Son action générale se rapprocherait de celle des analgésiques.

Ajoutons qu'il a été employé à l'intérieur par doses de 0.05 et 0.10 chez l'homme, sans provoquer aucun phénomène d'intoxication, ni même d'intolérance ; ces expériences étaient faites dans le but d'obtenir l'analgésie et l'antisepsie des voies urinaires, grâce au passage de l'orthoforme dans les urines.

L'orthoforme a été présenté par son inventeur comme doué de propriétés antiseptiques. Lichtwiz et Sabrazès (3) l'ont expérimenté à ce point de vue et lui ont trouvé un pouvoir antisepti-

(1) Einhorn et Heinz. — *Munch. med. Woch.*, 1897, n° 34, an. in *Bulletin médical*, 1897, n° 94.

(2) Soulier et Guinard. — *Soc. nat. de méd. de Lyon*, séance du 25 juillet 1898.

(3) Lichtwiz et Sabrazès. — *Bulletin médical*, 1897, n° 94.

que moyen. Il est capable de ralentir le développement en culture du staphylocoque doré et d'arrêter assez rapidement son réensemencement en séries. S'il n'est pas assez puissant pour arrêter à lui seul un processus infectieux commencé avant son emploi, du moins peut-on, sans danger d'infection, l'appliquer directement sur les plaies sans qu'il soit besoin de le stériliser. Dans trois de nos observations, nous avons eu à noter toutefois l'apparition d'une légère infection du sein, au cours de l'emploi de l'orthoforme. Dans l'une d'elles, tout se borna à un peu de rougeur du mamelon, avec élévation de la température de quelques dixièmes de degré ; l'orthoforme fut maintenu et, le lendemain, tout était rentré dans l'ordre. Chez les deux autres malades, une véritable lymphangite, légère d'ailleurs, se produisit, imputable, il est vrai, à un défaut d'asepsie dans le mode de pansement. L'orthoforme fut suspendu et remplacé par un pansement humide : tout s'apaisa en deux ou trois jours. Retenons simplement de ceci que l'orthoforme n'est que modérément antiseptique et qu'on fera bien, dans son emploi, de ne pas se départir des précautions d'asepsie habituelles. Peut-il, par lui-même, être le véhicule de germes et apporter avec lui l'infection ? En un mot, est-il besoin de le soumettre à une désinfection avant son emploi ? Nous ne le croyons pas. Outre que, dans les trois observations mentionnées plus haut, les fautes dans le pansement furent évidentes, nous avons, comme contrôle, ensemencé sur les milieux ordinaires de culture (bouillon, agar, gélatine), une pincée d'orthoforme pris à la surface d'une boîte ouverte depuis plusieurs jours et servant couramment aux pansements dans une des salles du service. Ces ensemencements, laissés huit jours à l'étuve de Roux, à 38°, sont demeurés constamment stériles.

Que si, néanmoins, on croyait devoir n'employer que de l'orthoforme ayant subi une stérilisation préalable, celle-ci peut être obtenue, comme l'a fait à notre demande le Dr Martin, par dissolution de la poudre dans l'alcool absolu et chauffage de la solution en tube scellé à 130° dans l'autoclave pendant une heure. Cette opération ne paraît pas modifier les propriétés de l'orthoforme, qui toutefois jaunit un peu et ne cristallise plus aussi facilement. Mais, nous le répétons, c'est là une opération inutile.

Le point le plus intéressant de l'histoire de l'orthoforme, c'est son action analgésique locale. Elle est très énergique, puisque les brûlures les plus profondes deviennent presque immédiatement indolores à son contact et que l'un de nous (1) à pu prati-

(1) Blondel.— *Acad. de médecine*, 20 mai 1898. *Revue de Thérapeutique*, 15 mai 1898.

quer le curettage sans anesthésie générale après son emploi, sans douleurs trop marquée. Bernoud et Garel (1) l'ont utilisé avec succès, à Lyon, pour remédier à la dysphagie causée par des ulcérations tuberculeuses ou des plaies opératoires du pharynx. Yonge (2) a calmé, par son emploi, les douleurs cuisantes de plaies à vif. Enfin, l'un de nous s'en est servi avec avantage comme topique sur des vésicules d'herpès excoriées et même sur des vésicules du zona intercostal, où il a amené un soulagement véritablement remarquable.

Cette action est beaucoup plus durable que celle de la cocaïne et, dans toutes les observations publiées, la prolongation de l'analgésie locale se compte, non plus par minutes, mais par heures. Sa moyenne est de douze heures, mais elle a atteint souvent vingt-quatre heures et même, exceptionnellement, quarante-huit heures (Einhorn).

Mais cette action ne s'exerce pas sur l'épithélium intact, comme le fait la cocaïne : déposé sur la langue, l'orthoforme n'y produit pas la sensation d'engourdissement particulière à celle-ci. Noguès (3) a échoué quand il a voulu l'employer comme analgésique de la vessie et de l'urèthre. Il faut que le derme soit mis à nu et que le topique entre en contact immédiat avec les terminaisons nerveuses. Son indication essentielle est donc l'existence d'une plaie ou d'une excoriation, même légère ; dans ces conditions, il produit une suppression absolue de la sensibilité, qui s'étend assez loin en profondeur. On a proposé de calmer les gastralgies en appliquant de l'orthoforme sur la région du creux épigastrique, dénudée au préalable par une légère vésication. Il est tout indiqué comme pansement du vésicatoire.

Il importe en outre que le contact avec la plaie soit continu, tant qu'on veut obtenir l'analgésie : si le topique est enlevé, ne fût-ce que par une exsudation ou une sécrétion locale, l'analgésie disparaît. Il semble que ce soit sa lente solubilité dans les liquides de l'économie qui soit la cause de la durée de ses effets, comme si les doses graduellement dissoutes n'entraient en action que successivement. Un dérivé soluble de l'orthoforme, le chlorhydrate, procure une analgésie sensiblement plus courte : d'ailleurs son emploi est irritant et son premier contact avec les tissus est réellement douloureux pendant quelques instants, avant l'installation de l'analgésie.

La poudre d'orthoforme elle-même ne va pas sans produire

(1) Bernoud et Garel.— *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 23 mars 1893.
(2) Yonge. — *British. med. Journal*, 1897, p. 362.
(3) Noguès. — *Ann. des Org. gén. urinaires*, avril 1893.

une très légère cuisson, de très courte durée, au moment où on l'applique.

Nous avons, depuis six mois, employé l'orthoforme dans le service d'accouchement de la Charité chez 40 malades pour le traitement des crevasses du sein. Toutes, sans exception, ont éprouvé, avec son emploi, un soulagement plus ou moins marqué.

A part les trois cas, cités plus haut, d'inflammation légère due à une faute d'asepsie de la part des élèves ou des sages-femmes chargés des pansements, nous n'avons eu aucun accident à observer.

Nous avons essayé trois modes d'application de l'orthoforme : *la poudre avec pansement humide, la poudre avec pansement sec, la solution alcoolique saturée.*

Le pansement humide a été employé dans 29 cas, dont les observations figurent dans la thèse (1) de M. Teisseire, externe du service, qui les a prises sur nos indications. Ce pansement a consisté simplement dans l'application direct de la poudre sur la crevasse, jusqu'à ce que celle-ci disparût sous le topique. Des compresses de gaze stérilisée, imbibées légèrement d'eau stérilisée ou d'eau boriquée, puis exprimées avec soin, étaient ensuite appliquées sur tout le sein et recouvertes à leur tour d'un carré de taffetas gommé. Pour la tétée, le pansement était retiré, le sein essuyé avec une compresse stérilisée ; le tout était remis en place tel quel, aussitôt la tétée terminée.

Le pansement *sec* ne différait du précédent que par l'emploi de compresses stérilisées appliquées à sec.

Le pansement à l'aide de la solution alcoolique a consisté dans l'application de quelques gouttes de la solution saturée d'orthoforme, dans l'alcool à 80°, sur la crevasse, suivie de l'application d'une compresse sèche.

Le pansement sec a été employé dans 6 cas, le pansement alcoolisé dans 5. Enfin deux malades, atteintes de crevasses aux deux seins, ont reçu de l'orthoforme en poudre sur l'un, et IV gouttes de la solution alcoolique sur l'autre.

Voici les conclusions auxquelles nous ont conduit le dépouillement de ces 40 observations :

L'application de la poudre est toujours suivie d'une légère cuisson, assez vive chez l'une des femmes (n° 12). Cette douleur s'atténue bientôt et disparaît au bout d'une ou deux minutes, de 5

(1) L. Teisseire. — *Traitement des gerçures et crevasses du sein par l'orthoforme.* Thèse de Paris, 1898.

minutes dans trois cas. Au fur et à mesure que les pansements se répétaient, la douleur devenait de plus en plus insignifiante. Il est vrai que la cicatrisation, comme nous le verrons plus loin, allait chaque jour en progressant.

Le contact de la solution alcoolique produisait une douleur semblable, pas plus forte, comme l'affirmaient les malades soumises au traitement mixte (poudre sur l'un des seins, solution alcoolique sur l'autre).

Chez toutes les malades, l'analgésie complète du sein *au repos* se produisait aussitôt après la disparition de cette légère cuisson.

La sensibilité *à la tétée* a été chez toutes considérablement diminuée, chez la plupart à peu près abolie. Une légère douleur a persisté le premier et le second jour avec les premiers mouvements de succion. Encore importe-t-il de distinguer, à ce point de vue, des cas où le sein a été donné aussitôt après l'application de l'orthoforme et ceux où il a été donné une heure ou deux heures plus tard. Dans ce dernier cas, l'analgésie était à peu près absolue dès le début, complète dès le second jour. La tétée pratiquée une minute après le pansement, c'est-à-dire dès que la cuisson a disparu, reste douloureuse quand on s'est servi de la poudre, beaucoup plus faible ou même nulle, quand on s'est servi de la solution alcoolique. Chez les malades soumises au pansement humide, il fallut attendre en moyenne un quart d'heure pour donner le sein avec la presque certitude d'obtenir l'analgésie. Avec le pansement sec, cette durée est plus variable et peut atteindre deux heures.

En somme, au point de vue de la rapidité d'action, il faut placer en première ligne la solution alcoolique, puis la poudre avec pansement humide, en troisième lieu la poudre avec pansement sec.

Après la tétée, l'analgésie persiste pendant un temps variable, atteignant en moyenne cinq à six heures. Presque toujours, la tétée suivante demeure indolore sans nouvelle application d'orthoforme. Il est prudent d'en remettre aussitôt après cette seconde tétée si l'on veut être sûr d'obtenir l'analgésie pour la troisième.

A cet égard, on rencontre de véritables difficultés à obtenir des malades des réponses précises et invariables. Cependant, ce qui n'est pas douteux, c'est que lorsqu'on cesse de les interroger et qu'elles abandonnent le rôle important qu'elles croient devoir jouer quand on leur demande leur opinion, elles s'empressent de redemander d'elles-mêmes de l'orthoforme et déclarent aussitôt qu'il n'y a pas de comparaison, au point de vue de la sensibi-

lité, entre une tétée donnée avec ou sans lui. Une seule malade a déclaré n'avoir été qu'une seule fois soulagée par l'application de l'orthoforme (la seconde) et n'en avoir plus retiré ensuite aucun bénéfice. Il est bien difficile de retirer une conclusion de ce fait isolé.

Un point que nous signalerons en terminant, c'est l'action cicatrisante que l'orthoforme paraît avoir exercé sur les crevasses : celles-ci se sont fermées avec une rapidité, en général, plus grande qu'avec tout autre pansement. Bien qu'il soit difficile d'établir des comparaisons entre des plaies d'étendue et de profondeur très inégales, nous avons noté le chiffre de quatre jours (4,20) comme la moyenne de la durée de la cicatrisation, sans que jamais les tétées aient été supprimées ; alors, qu'avec les autres traitements, y compris la suppression des tétées, la cicatrisation demande, en général, de 10 à 12 jours.

En résumé, l'orthoforme nous paraît devoir être appelé à rendre de réels services dans le traitement des crevasses du mamelon, quelle que soit leur étendue.

A part une courte cuisson au premier contact, son application, faite dans des conditions normales d'asepsie, c'est-à-dire avec lavages fréquents du sein et mise à l'abri des contages extérieurs, ne nous a paru donner lieu à aucun inconvénient.

L'analgésie apparaît de 1 à 15 minutes après l'application du médicament. La sensibilité du sein à la succion s'établit ordinairement au bout d'un quart d'heure, rarement une heure ou même deux. Elle dure pendant l'intervalle de deux tétées et pendant la tétée suivante.

La cicatrisation de la crevasse est certainement hâtée par son emploi.

Le mode d'application paraît importer peu, qu'il s'agisse de la poudre avec pansement sec ou humide, ou de la solution alcoolique saturée (IV gouttes). Cependant, cette dernière paraît provoquer une cuisson plus courte et réaliser l'analgésie plus rapidement. Outre qu'elle permet d'obtenir un contact plus sûr avec toutes les anfractuosités de la crevasse, elle ajoute aux avantages de l'orthoforme, ceux du pansement alcoolique, qui, a dès longtemps, fait ses preuves. C'est donc à la solution alcoolique que nous donnons la préférence.

PÉDIATRIE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE COMMENÇANTE CHEZ UN ENFANT.

(YANDOUZ.)

Faire habiter l'enfant à la campagne, sur un plateau abrité des vents les plus communs (plutôt qu'en plaine), où il vivra le plus possible en plein air, en évitant les refroidissements plutôt que le froid. En tout temps, porter de la flanelle, appliquée directement sur la peau; en cas d'humidité, chausser des sabots ou des chaussures à semelles de bois plutôt que de caoutchouc. La nuit, coucher dans une vaste chambre aérée, exclusivement réservée au coucher et où l'enfant sera seul ; neuf heures de lit sur vingt-quatre.

Habituer l'enfant à respirer exclusivement par le nez ; lui faire faire, matin et soir, de grands lavages de la gorge, avec une solution chaude :

Eau bouillie.....	500 grammes.
Acide borique.....	15 —

Pour l'usage externe.

Le matin au lever, le soir avant le coucher, faire pratiquer sur tout le corps une friction énergique, avec un gant de flanelle imbibé d'alcoolat de lavande.

Administrer, cinq minutes avant le premier déjeuner du matin, une cuillerée à soupe de :

Sirop de raifort composé, du Codex, 500 grammes.

Tous les matins, après la friction, appliquer un cataplasme sinapisé sur la région comprise entre la ligne des apophyses épineuses dorsales et le scapulum à droite.

En commençant le déjeuner du midi, administrer une cuillerée à soupe de la solution :

Eau distillée.....	300 grammes.
Tannin.....	20 —

Faire entrer dans l'alimentation de chaque jour, en plus d'une nourriture mi-carnée, bien mastiquée et bien insalivée, des tartines beurrées, deux sardines à l'huile et deux œufs frais peu cuits.

A la fin des deux principaux repas, donner une cuillerée à soupe de :

Vin de quinquina au malaga.....	450 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères...	40 —
Phosphate de soude.....	10 —

Surveiller les garde-robes, et, en cas de constipation, donner, le matin, un lavement d'un demi-litre d'eau bouillie, additionnée d'une cuillerée à soupe de glycérine. (*Presse médicale*, 1898, n° 4.)

VARIÉTÉS

LES CAUSERIES DE LUCINE.

Blasphème de parturiente.

Elle était étendue sur son lit de torture, de misère.

Un cruel déchirement, composé de toutes les atrocités de la douleur, parcourait avec intermittence les profondeurs de la surface de sa proéminence abdominale.

Dix mois s'étaient écoulés depuis le mariage, et neuf depuis la conception.

Pauvre femme, à peine initiée aux mystères de la pénétration sexuelle, elle avait dû subir toutes les misères d'une évolution gravidique. L'embryon grandissant dans sa matrice complaisante l'absorbait, la déformait, et, maître de la situation, lui infligeait comme à plaisir tous les ennuis terrestres. Oh le vaurien !

Quel effronté, parmi les spermatozoïdes, bravant les défilés génitaux, avait-il pu arriver jusqu'à l'ovule, et lui communiquer son influence vivifiante ? L'histoire ne le saura jamais, et ne s'en soucie guère, les secrets individuels la tourmentent peu, la vie seule l'intéresse.

Le moment si redouté de la séparation, de la naissance, était arrivé, et douloureusement étendue sur son lit, la parturiente tâchait d'effrayer de ses cris l'interne créature, qui ne voulait gagner l'extérieur.

Le mari, un jeune officier, était là, contemplant son œuvre, et promenant son regard aussi effaré que repentant de sa belle-mère à sa femme.

La belle-maman pleurait, larmes de joie et de douleur, qui la reportaient au doux temps où elle avait conçu cette fille, qui allait la reléguer au rang des grand'mères.

L'accoucheur gisait, étendu dans un fauteuil, et contemplant cette scène de famille, cette triste comédie de la reproduction humaine, faisait d'amères réflexions sur les suites du bonheur sexuel.

Quoi ! cette humanité qui existe depuis tant de siècles, a toujours aimé, toujours engendré. Le plaisir a enfanté l'être, et la douleur l'a mis au jour. La vie, fille du plaisir et de la douleur, remonte constamment vers ses origines, partageant l'existence entre les bons et mauvais moments.

Cependant les douleurs de l'enfantement croissaient ; la femme, patiente jusque là, soutenue par la perspective prochaine de la maternité, commençait à s'énerver.

Bientôt la souffrance fut telle, qu'oubliant toute réserve, et ne pensant qu'au mâle qui l'avait réduite à cet état désespéré, dont la douleur seule pouvait la faire sortir, elle se tourna vers son mari et d'un geste méprisant :

Monsieur mon époux, dit-elle, quand on prend une jeune fille naïve, aimante, et quand on lui veut du bien, on ne la réduit pas à son insu à l'état où vous me voyez aujourd'hui. Je jure que cette fois est la première et dernière que vous me rendrez mère; je ne vous appartiens plus.

Après ce blasphème, elle s'affaissa, souffrit, enfanta, et oublia comme toutes les femmes, car quelques mois plus tard elle recommençait une nouvelle grossesse.

FORMULAIRE

Suppositoires vaginaux pour les petites filles.

(LUTAUD)

Huile d'eucalyptus..... 12 gr.
Cire blanche..... } ãã 90 —
Beurre de cacao..... }

Pour quatre suppositoires vaginaux en forme de bougie.

On les emploiera contre la vaginite des petites filles.

Traitement médical des phlébites.

(HIRTZ.)

Sulfate de quinine..... 1 gr.
Extrait de colchique..... 0 gr. 45
— de digitale..... 0 gr. 25
— d'aconit..... 0 gr. 10

Diviser en 10 pilules. En prendre une tous les matins. La douleur est atténuée par des prises d'antipyrine.

Contre la phlébite rhumatismale pure, M. Hirtz recommande l'acide salicylique en application externe.

Lanoline..... 20 gr.
Acide salicylique..... 10 gr.
Chlorhydrate de morphine 0 gr. 20

Onction sur la région malade deux fois par jour.

Formule contre la tympanite.

1° Poudre de noix vomique. 0,30 c.
— d'anis..... 0,15 c.

Mêlez et divisez en deux paquets. Un matin et soir.

2° Charbon en poudre, deux cuillerées à bouche dans le courant de la journée.

Pilules contre l'aménorrhée.

(LUTAUD.)

Tartrate ferrico-potassique..... 3 grammes.
Extrait d'armoise.. } ãã 2 —
— d'absinthe. }
Aloès soccotrin..... 1 —
Essence d'anis ..... qq. gouttes.

Pour 30 pilules. En prendre deux à chaque repas.

La narcéine chez les enfants.

Depuis longtemps M. Laborde prescrit chez les enfants la narcéine dont les effets sont très supérieurs à ceux de la morphine. Elle procure le sommeil et diminue notablement les sécrétions bronchiques. M. Laborde en a obtenu de très bons effets dans la coqueluche surtout contre les quintes nocturnes. Comme analgésique, la narcéine n'a pas la puissance de la morphine.

La codéine a quelquefois donné lieu à des accidents, tandis que la narcéine n'offre pas d'inconvénients.

M. Laborde recommande la narcéine en sirop :

Narcéine..... 0.25 cent.
Sirop de sucre..... 500 gr.
Acide acétique, quelques gouttes.

Si l'estomac ne tolère pas la narcéine, on peut l'administrer par l'intestin, surtout en suppositoires.

Traitement du lupus vulvaire.

(Bœch.)

Huile d'olive.....
Colophane..... } ãã 8 gr.
Cire jaune.....
Gomme ammoniaque.....
Thérébentine de Venise.... } ãã 1 gr.
Acide pyrogallique..... 4 gr.

Pour un emplâtre.

Extrait aqueux de pin sylvestre dans quelques affections de la peau chez les enfants.

(Mertens.)

Le Dr Mertens a employé avec succès contre les prurigos, les lichens, etc., l'extrait aqueux du pin sylvestre, soit pur, soit mélangé avec d'autres balsamiques. On prépare l'extrait approximativement de la façon suivante : on verse de l'eau bouillante sur les feuilles et les branches mises dans un récipient quelconque. On laisse le tout macérer pendant un certain temps ; puis on sépare l'huile éthérée formée et on évapore le liquide jusqu'à ce qu'il devienne sirupeux. Ceci fait, on réajoute l'huile éthérée. L'extrait est d'une coloration brun-foncé, consistant comme du miel, acide, et d'une odeur qui rappelle celle du bois de sapin. Au repos, le liquide se couvre d'une couche verte d'huile éthérée — deux cuillerées à café par livre. L'extrait se mélange facilement avec l'eau en proportions différentes et avec 10 % de substances graisseuses.

L'auteur emploie l'extrait en le mélangeant avec 10, 20 et 30 % d'ichtyol, avec 5, 10, 20 % du goudron de bouleau, avec 5, 10, 20 % de chrysarobine, 5, 10 % d'anthrarobine ou d'acide pyrogallique, 10, 20, 25 % de naphtol β, 10, 25 % d'huile verte, avec 10 % de la pommade d'oxyde de plomb, avec 10 % de la pommade ordinaire, avec 10 % de lanoline, etc. Les propriétés possédées par cet extrait sont les suivantes : 1) il sèche vivement, de 5 à 15 minutes ; 2) à l'état sec il devient souple et permet tous les mouvements possibles, même pendant les premiers jours ; 3) Il forme une couche, analogue à une couche de vernis ; 4) le malade n'est pas obligé de garder sa chambre, ce médicament lui permet de vaquer à ses occupations, et 5) sa dissolution dans l'eau et la glycérine et la possibilité de se combiner avec les substances, indiquées plus haut sans perdre ses propres qualités, le rend précieux comme médicament destiné au traitement des affections cutanées.

L'extrait fait disparaître en deux ou trois jours les démangeaisons, diminue l'hypéremie de la peau et possède les propriétés des antiparasiticides. Les parties saines de la peau ne sont nullement endommagées par l'extrait en question. Lorsqu'on en couvre la peau, le malade a la sensation du froid, jusqu'à ce que le médicament devienne sec.

L'auteur a fait l'usage du médicament dans des cas où on a été obligé de l'employer aussi largement que possible. Aussi il en couvrait tout le corps, sauf la tête et l'organe génital. La seule chose qui incommoda les malades, c'est la sensation du froid qui cessa aussitôt que l'extrait devint sec. L'urine diminue sous l'influence de l'extrait. La température ne change pas. On trouve dans l'urine de l'urorésine, qui disparaît aussitôt qu'on cesse l'emploi de l'extrait. P. K.

Dyspepsies. — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Alimentation des enfants. — *Phosphatine Fqlières.*

Constipation. — *Poudre laxative de Vichy.*

Neurasthénie. — *Neurosine Prunier.*

Carabana. — *Eau naturelle purgative antiseptique.*

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

A

Accouchées (soins à donner aux —)..... 131
— (traitement prolongé des —)..... 133
Accouchement (cas de complication de l'—)..... 173
Acide phénique et sublimé 20, 78
— pyrogallique contre le chancre phagédénique (l'—)..... 266
Action des eaux thermales sur les muqueuses en gynécologie..... 183
Alcoolisme de la nourrice et convulsions du nouveau-né..... 274
Allaitement maternel (de l'—)..... 81
— — contre-indications de l'—).....234, 260
Aloes (mixture composée d'—)..... 267
Aménorrhée et dysménorrhée..... 206
— (traitement de l'—).. 87
Anévrysme entre l'aorte et l'A. Pulmonaire..... 159
Anomalies du système génital (les —)..... 263
Antipyrine dans la lactation (l'—)..... 23
Antiseptiques en obstétrique (les —).....20, 78
Appendicite (diagnostic différentiel de l'—).....10, 36
Arythmie du cœur chez les enfants (de l'—)..... 53
Ascarides chez les enfants (traitement des)..... 169
AUDEBERT 59
AUVARD.....60, 66
Avortement (Endocardite infectieuse et —)..... 159
— et le seneçon (l'—)... 228

B

Baiser ! (le —)..... 245
Bartholinites chroniques (traitement des —)..... 228
Bassin chez les femmes rachitiques (le —)..... 254
BATUAUD..... 40
BELIN (René).....7, 201
BESNIER..... 88
BEURNIER (Louis)..... 89
BIENFAIT (Dr).....111, 161
BLACHE (Dr)..... 200
Blennorrhagie chez la femme (traitement de la —)14, 26
Blennorrhagie des enfants (la —)..... 193
BLONDEL (R.).....149, 308
BOECH..... 296
BOISSEAU DU ROCHER..... 42
Brome (Emploi des vapeurs de —)..... 42

C

Cancer utérin au début (traitement du —)..... 117
Canule vaginale (nouvelle —)..... 25
Cardiaques (les affections — et la grossesse)..... 100
Cardiopathies infantiles (traitement des —)...243, 287
Carreau (le —)..... 218
Catarrhe de la vessie (traitement du —)..... 296
Causeries de Lucine (les —) 84, 113, 138, 170, 196, 226, 245, 265, 292, 317
CAUTRU..... 98
Chancre phagédénique (traitement du —)..... 266
CHÉRON (Jules)..... 87
Chorée (étiologie et traitement de la —)..... 52

Circoncision rituelle (la —) 161
Col (ectropion du —)..... 60
— (traitement de l'endométrite du —)..... 31
— (traitement de la rigidité du —)..... 51
— (ulcère du —)..... 88
Colite muco-membraneuse chez la femme (cas de —) 297
Columnisation du vagin (la —)..... 49
Comby (J.).....53, 195 218
Congrès de gynécologie de Marseille..... 144
Convulsions du nouveau-né et alcoolisme de la nourrice..... 274
Coqueluche (traitement de la —)..... 170
Crevasses du mammelon (traitement des —)..... 308
Cystalgie utérine (traitement de la —)..... 87

D

Déformations de la tête fœtale (les —)..... 229
Délivrance et hémorrhagie 50
Demelin (Dr).....234, 260
Dilatation des bronches chez les enfants (de la—) 83
Diphtérie et eau oxygénée. 169
— et sérum..... 165
Doléris. 10, 36, 77, 131, 220, 249, 283
Dumas (Dr)..... 188
Duplay (Pr)..... 120
Dysménorrhée et aménorrhée..... 206
Dyspepsie flatulente (mixture contre la —)..... 267

E

Eau salée (injections rectales d'—)..... 50
— thermales en gynécologie (les —)..... 183
Ectropion du col (traitement de l'—)..... 60
Embryotomie rachidienne (l'—)..... 230
Endocartite infectieuse et avortement..... 159
Endométrite cervicale (traitement de l'—)..... 31
Enfance (la protection de l'—)..... 267
Enfants (de l'arythmie du cœur chez les —)..... 53
— (de la dilatation des bronches chez les —).... 83
— (la narcéine chez les —)..... 318
— (l'excitation cérébrale chez les —)..... 195
— (traitement des ascarides chez les —)..... 169
— (la pneumonie des —). 108
— (traitement de la blennorrhagie chez les —)... 193
— (traitement de la tuberculose chez les—) 248, 316
Excitation cérébrale chez les enfants..... 195
Extirpation de l'utérus cancéreux par le thermocautère..... 242

F

Fécondation et menstruation..... 304
Fécondité et prostitution.. 143
— extraordinaire (cas de —)..... 141
Femme (blennorrhagie chez la —).....14, 26
Féminine (études de psychologie —)..... 84
Femme-médecin (la —).... 57
Fieux.....23, 50
Fournier (d'Amiens)..... 254

G

Gaités de la médecine (les —)..... 144
Galactophorite double (cas de —)..... 15
Grossesse et rétroposition de l'utérus..... 269
— extra-utérine (cas de —)..... 158
— extra-utérine tuboabdominale..... 249
— (les affections cardiaques dans la —)..... 100
— (prurit dans la —).... 49
Gynécologie (les eaux thermales en —)..... 183
— (le massage en —).... 98
Gynécologique (points de technique —)..... 7

H

Hémorrhagie de la délivrance (traitement de l'—) 50
— génitales des filles nouveau-nées..... 220
Herpès génital (traitement de l'—)..... 88
Hivet..... 217
Hydrastis canadensis (emploi de l'—).....60, 248
Hystérotomie sphinctérienne (de l'—)..... 201

I

Ictère de la seconde enfance (traitement de l'—).... 169
Inappétence des femmes enceintes (mixture contre l'—)..... 267
Incontinence d'urine et kyste de l'ovaire..... 97
Infantiles (traitement des cardiopathies —).....243, 287
Injections rectales d'eau salée..... 50
Inversion des organes thoraciques..... 259
Iodoforme flexible (formule de l'—)..... 267
Iodophénol contre la coqueluche (l'—)..... 170

J

Jacobs..... 269
Janet (Jules)..... 193
Jouin.....31, 263

K

Keiffer..... 306
Kyste dermoïde compliquant l'accouchement.... 173
— wolffiens de la vulve.. 175, 210

L

Lactation (l'antipyrine dans la —)..... 23
Landouzy..... 248
Laroyenne (Pr)..... 117
Latéroversion et rétroversion..... 40
Lemonnier (G.)..... 158
Lithiase rénale de la 1re enfance (la —)..... 23
Loviot (Dr)..... 232
Lucine (les causeries de —) 84, 113, 138, 170, 190, 226, 245, 265, 292, 317
Lupus vulvaire (traitement du —)..... 318
Lutaud.....60, *et passim*

M

Mackenrodt (procédé de —) 242
Mammelon (cas de syphilis du —)..... 238
— (traitement des crevasses du —)..... 308
Marfan..... 52
Mariage et métrorrhagie... 72
Masbrenier.....159, 259
Massage en gynécologie (le —)..... 98
Maygrier..... 308
Médecin (la femme —)..... 57
Médecine (les gaîtés de la —)..... 144
Ménopause (troubles de la —)..... 67
Menstruation (action à distance de la —)..... 55
— (troubles de la —)..... 67
— et fécondation..... 304
Merle..... 206
Métrites (traitement des —) 1, 31, 42, 61, 89, 145
Métrorrhagie et mariage... 72
— (traitement des —).... 112
Migraine (traitement de la —)..... 88
Meunier (Henri)..... 274
Millet..... 100
Minime (Dr)..... 30

N

Narcéine chez les enfants.. 318
Nouveau-né (convulsions du — et alcoolisme de la nourrice)..... 274
— (hémorrhagies génitales des filles —)..... 220

O

Obstétrique (les antiseptiques en —).....20, 78
— (le toucher en —)..... 136
Odin (M.)..... 183
Olivier (Ad.)..... 27

Opération de Defontaine... 201
— (la pratique des — par les sages-femmes)..... 104
Organes génitaux (la prothèse des —) 86
Orthoforme (emploi de l'—) 308
Ovaires (cas d'absence des —)..... 263
— (deux cas de syphilome des —) 153
— (kyste de l'— et incontinence d'urine)..... 97
Ozenne 153, 238

P

Perce-membranes (nouveau —) 77
Pessaire de Hodge (Modifications du —)..... 40
Phimosis (le —)..... 161
Picard (Henri)..... 97
Pichevin (R.).....175, 210
Pinard (Pr) 49
Placenta abortif (rétention d'un —) 232
Pneumonie des enfants (la —)..... 108
Praticien (souvenirs d'un —) 28
Précoce plaideur (un —) ... 268
Prostitution et fécondité... 143
— et syphilis..... 122
Protection de l'enfance (la —) 267
Prothèse des organes génitaux..... 86
Prurit généralisé dans la grossesse..... 49
Psychologie féminine (études de —)..... 84
— sexuelle 265
Psychoses post-opératoires systématisées chez la femme 283

R

Reboud..... 297
Rachitisme du bassin..... 254
Régnier (L. R.)..... 169
Religion et la gynécologie (la —)..... 28
Rétention d'un placenta abortif (cas de —)..... 232
Retroposition de l'utérus et grossesse..... 269
Rétroversion et latéroversion..... 40
Reynier (Paul)..... 145
Rigidité spasmodique du col (traitement de la —).. 51
Robin (A.)..... 88
Rufrecht..... 109
Rupture traumatique de l'utérus (cas de —)..... 217

S

Sages-femmes (école externe de —)..... 143
— (la pratique des opérations par les —)..... 104
Sein (traitement des tumeurs malignes du —)... 120
Seneçon (action du —)..... 228
Sens (les plaisirs des —)... 84
Sérum et diphtérie..... 165
Sexuelle (étude de psychologie —)..... 265
Sirop toni-vermifuge (formule de —)..... 296
Soins à donner aux accouchées..... 131
Sotiroff..... 83
Spasmes utérins (traitement des —)..... 267
Sublimé et l'acide phénique (le —).....20, 78
Sulfure de carbone dans la fièvre typhoïde (le —).... 170
Suppositoires sédatifs pour le col..... 60
— vaginaux (formules pour —)..... 296
Syphilis héréditaire du sein (cas de —)..... 238
— et prostitution..... 122
Syphilome des ovaires (deux cas de —)..... 153
— mammaire (cas de —). 238

T

Tarnier (Pr).....20, 78
Thorn..... 106
Tissier (Dr)..... 232
Toucher en obstétrique (le —) 136
Toux opiniâtre chez les enfants (traitement de la —) 200
Tranchées utérines (traite-

ment des —)..... 59
TREUB (d'Amsterdam)..... 173
TRUZZI (de Parme)..... 14
Tuberculose chez l'enfant (traitement de la —)..248, 316
Tumeurs malignes du sein (traitement des —)..... 120

U

Urétrite (traitement de l'—) 14
Ulcères du col (des —)..... 88
— utérins (poudre pour panser les —)..... 296
Utérin (traitement au début du cancer —)..... 117
— (traitement des spasmes —)..... 267
Utérines (traitement des tranchées —)..... 59
Utérus bipartitus (cas d'—) 149
— cancéreux (extirpation par le thermo-cautère) (de l'—)..... 242
— (cas d'absence de l'—). 263
— (cas de rupture traumatique de l'—)..... 217
— (retroposit. de l'— et grossesse)..... 269
— (anatomie et physiologie de l' —)..... 306

V

Vagin artificiel (le —)..... 86
— insuffisant (cas de —). 263
— (la columnisation du —) 49
Vagissement intra - utérin (du —)..... 106
VAQUEZ..... 100
VARIOT..... 165
Végétations vulvaires (traitement des —)..... 303
Ventouse mammaire..... 188
VERCHÈRE (F.).....1, 61, 122
Vessie (traitement du catarrhe de la —)..... 296
VIGNERON..... 14
Vomissements d'origine utérine (les —)..... 88
Vulve (kystes wolffiens de la —).....175, 210
— (traitement des végétations de la —)..... 303

W

WEBER (Léon).....175, 210
WRILL (Dr Edouard)....243, 287
Wintergreen (applications de l'essence de —)..... 31

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, 3, place Saint-André.

41C
572

HOLZER